

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°.....

THÈSE

POUR LE

298

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Georges - François LE ROY

né à Château-Thierry (Aisne), le 13 mai 1908

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du

traitement
des fistules stercorales
et anus contre nature

et plus spécialement de leur fermeture
par un procédé extrapéritonéal

Président : M. LENORMANT, Professeur

Librairie Louis ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
PARIS

1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Georges - François LE ROY

né à Château-Thierry (Aisne), le 13 mai 1908

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
traitement
des fistules stercorales
et anus contre nature

et plus spécialement de leur fermeture
par un procédé extrapéritonéal

Président : M. LENORMANT, Professeur

Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
PARIS

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BEUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOUT.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER ..	Chimie.	LANTUEJOUL..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	M ^{me} J. LÉVY..	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE ...	Médecine légale.	PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET ..	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
N... ..	Physiologie.	WILMOTH ...	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE ...	Pathologie chirurgicale. Pharmacologie.		Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCO.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART.	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	} Clinique obstétricale.	
	ME TZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LÉDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

*En témoignage de mon amour filial et de la
reconnaissance très affectueuse du fils qui leur
doit tout.*

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A MES NEVEUX

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin*

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse; en témoignage de
ma profonde gratitude.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu*

*Témoignage de mon admiration, de mon
attachement et de ma reconnaissance pour tout
ce qu'il m'a appris et pour sa grande bienveil-
lance à mon égard.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui m'enseigna les gestes et l'esprit de la
chirurgie.*

En témoignage de reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*Dont la bienveillance paternelle a rendu aussi
fructueuse qu'agréable ma dernière année d'in-
ternat.*

En témoignage de profonde gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

Accoucheur de la Maternité de Port-Royal

*Son enseignement admirable m'a fait com-
prendre comment doivent être résolus les cas
difficiles qui sont posés au chirurgien par l'état
puerpéral.*

En témoignage de reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. BLOCH

Chirurgien de l'Hospice d'Ivry

Qui m'a inspiré ce travail et m'a aidé de ses conseils.

En témoignage de gratitude.

Je rends hommage à ses qualités de chirurgien prudent et sûr et à celles dont il a fait preuve durant la tragique période de mai-juin 1940. Placé sous ses ordres, j'ai pu estimer le courage, la clairvoyance, et l'efficacité avec lesquels il a assuré le fonctionnement de notre formation chirurgicale dans des circonstances difficiles.

En témoignage d'admiration.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime de Berck

Qui fut le guide de mes débuts chirurgicaux.

En témoignage de reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENEQUE

Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

*Qui savait prendre la place de l'aide pour
mieux enseigner encore son geste chirurgical,
simple, rapide, efficace.*

En témoignage de profonde gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUEULLETTE

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage d'admiration respectueuse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. DE MASSARY

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Qui m'a accordé une année d'externat en médecine qui fut riche d'enseignements. Il est resté pour moi le patron bienveillant. En témoignage d'admiration, de reconnaissance et d'attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'externé pendant quinze mois. En témoignage de reconnaissance, d'admiration et d'attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

HOPITAUX DE REIMS

MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS

Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR R. JACQUINET

Professeur de Clinique Médicale

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BOUVIER, BILLARD, LEFEVRE

HOPITAUX DE PARIS

Externat

1930-31 :

MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN
Hôtel-Dieu.

1931-32 :

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY
Hôpital Beaujon.

1932-33 :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU
Hôpital Saint-Louis.

1933-34 :

MONSIEUR LE DOCTEUR HERSCHER
Hôpital Lariboisière.

1934-35 :

MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN
Hôpital Beaujon.

Internat

1936 :

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD
Hôpital Maritime de Berck.

1936-37 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER
Hôpital Bichat.

1937-38 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST
Hôpital Ambroise Paré.

1938-39 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO
Hôtel-Dieu.

1939-40-41 :

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE
Hôpital Bichat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAHAYE

Avec l'expression de ma respectueuse amitié.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BOUQUIER, MOZER (*in memoriam*)

LE DOCTEUR ANDRÉ SICARD

*Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux de Paris*

LE DOCTEUR TAILHEFER

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIET

Avec mes sentiments de profonde sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THALHEIMER

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. PRIEUR (*in memoriam*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. PETIT

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Château-Thierry*

Qui fut mon premier patron.

En témoignage de ma respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAIR

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILPELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. PRIEUR

A MON AMI LE DOCTEUR B. GILLET

En souvenir de notre long travail en commun. En toute amitié.

A MON AMI LE DOCTEUR MAURICE LAIR

En toute amitié.

A MON AMI LE DOCTEUR GABRIEL OGER

En souvenir de notre préparation commune à l'internat, et de mon amitié.

A MON AMI GIBERGY, PHARMACIEN

Témoignage d'amitié.

A MON AMI LE DOCTEUR PHILIPPE GENTY

Témoignage d'amitié.

A MES AMIS DE COLLEGE :

ANDRÉ GUTEL (*in memoriam*)

JEAN LEGUILLETTE

JACQUES PRIEUR

A MES CAMARADES DE L'A. C. L. 402

A MES CONFERENCIERS

LE DOCTEUR SAINT-PIERRE

LE DOCTEUR RACINE

En témoignage d'amitié et de reconnaissance.

LE DOCTEUR SOULIE

*Avec l'expression de mon admiration et de
ma gratitude.*

LE DOCTEUR POILLEUX

LE DOCTEUR LANCE

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MES AMIS ET COLLÈGUES DANS LES HÔPITAUX :

M^{lle} SUZANNE PICARD,

M. JEAN BEAUCHEF,

LOUIS BERGERON,

JACQUES DEBOUVRY

ANDRÉ LE ROY, PAUL ROUGE,

JACQUES TISSOT, FERNAND VIONNET,

ALEXANDRE PLACA, PIERRE LOGEAIS

INTRODUCTION

Au cours de notre internat, nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre le traitement d'un certain nombre de fistules stercorales et anus contre nature.

Nous rappellerons leur étiologie et quelques détails anatomo-pathologiques qui permettent d'établir une classification des cas à envisager et de déterminer ainsi les indications opératoires.

Puis nous étudierons les différentes méthodes proposées pour leur traitement et, après avoir montré leurs avantages et inconvénients respectifs, nous essaierons de tirer les conclusions.

Nous n'envisagerons pas les fistules duodénales et entéro-viscérales qui diffèrent par leur étiologie, leur symptomatologie et leur traitement.

De même, nous laisserons de côté les fistules ou anus contre nature congénitaux.

Cette question, traitée de nombreuses fois, pourrait être taxée de banalité. Elle garde cependant de l'intérêt, étant donné la fréquence accrue des anus artificiels du gros intestin consécutifs à l'ablation d'un segment colique, ou établis temporairement en

vue de l'exérèse du rectum avec rétablissement de la continuité.

La fermeture de ces anus chirurgicaux a donné lieu à de nombreux travaux, et il semble bien que la voie intra-péritonéale ait été admise en fin de compte comme la meilleure.

Or, nous avons vu fermer avec succès ces anus par un procédé extra-péritonéal très simple. Il nous a semblé intéressant de rassembler ces cas qui nous font considérer que la méthode extra-péritonéale mérite d'être encore employée.

La plupart des observations ont été recueillies dans le service de notre maître, M. le Professeur Bernard CUNÉO, à qui nous exprimons notre reconnaissance pour nous avoir rendu si fructueuse l'année d'internat qu'il a bien voulu nous accorder.

Durant cette année, notre travail quotidien a été guidé par M. le Professeur agrégé SÉNÈQUE et M. J.-C. BLOCH qui étaient ses assistants et à qui nous exprimons également notre reconnaissance et nos sentiments de respectueuse amitié.

Cette étude nous a été inspirée par l'un d'eux : M. J.-C. BLOCH. Nous rendons hommage à sa haute conscience professionnelle et à la sécurité de la chirurgie qu'il pratique. Il nous a beaucoup appris et nous l'en remercions sincèrement.

HISTORIQUE

Les premières tentatives de traitement chirurgical des anus contre nature furent faites vers la fin du XVIII^e siècle.

Ce fut DESAULT, le premier, en 1791, qui mit en évidence la nécessité de rétablir le cours des matières en agissant sur l'éperon. Il introduisait des mèches qui le comprimaient et ainsi le diminuaient peu à peu.

SCHMALKALDEN, en 1798, proposa dans sa thèse une méthode plus efficace consistant dans la section de l'éperon en passant un fil à sa base.

En 1809, PHYSICK, de Philadelphie, fit un trou dans l'éperon par lequel le cours des matières se rétablit et la guérison survint. Mais ce fut DUPUYTREN le véritable créateur de l'entérotomie. Il imagina au début un procédé analogue à celui de PHYSICK. Passant un fil à la base de l'éperon, il créait un orifice qu'il agrandissait ensuite progressivement en y introduisant des mèches de plus en plus grosses. Voulant gagner du temps, il débrida l'orifice aux ciseaux et l'incision fut faite en dehors de la zone d'adhérence,

ce qui provoqua la mort du malade par péritonite. Ce grave échec lui fit abandonner ce procédé.

Il fallait donc réaliser une section lente donnant le temps à des adhérences protectrices de se former. Pour cela, en 1813, DUPUYTREN créa l'entérotome dont nous donnerons plus loin une description sommaire. Les résultats obtenus par DUPUYTREN furent encourageants. Sur 41 cas, il obtint 71 % de guérisons, 22 % d'échecs partiels et 7 % de mort.

La méthode fut employée par de nombreux chirurgiens et nous verrons encore aujourd'hui que l'entérotome rend de grands services.

En 1838, RAYÉ DE VILVORDE préconisa un moyen plus rapide et plus chirurgical de supprimer l'éperon en y taillant une brèche aux ciseaux. RICHELOT, en 1889, reprit ce procédé en le complétant par une suture immédiate des lèvres de la brèche ainsi créée.

Tous ces procédés ne s'adressaient qu'à l'éperon. Or, la suppression de l'éperon est une condition nécessaire pour le rétablissement du cours des matières et parfois suffisante pour obtenir la fermeture de l'anus. Mais souvent l'anus ne se ferme pas. Les chirurgiens se rendirent compte qu'il fallait agir directement sur l'orifice intestinal et nous voyons naître successivement les différentes méthodes extra et intrapéritonéales.

On peut considérer REYBARD comme le créateur de la méthode extrapéritonéale (1838). Ce chirurgien libère le bourrelet muqueux, le serre à sa base par un fil et réduit ce moignon dans la cavité intestinale où

il le maintient par quelques points de suture. Il libère ensuite les lèvres cutanées au pourtour de l'anús et les suture.

MALGAIGNE, DENONVILLIERS, 1852, PANAS 1865, NÉLATON, décrivent tour à tour leur procédé dont le principe est le même.

Puis viennent ceux de JEANNEL (1898), de CHAPUT (1894), et enfin l'ingénieux procédé de LENORMANT (1912).

La méthode intrapéritonéale fut décrite et employée après la méthode extrapéritonéale.

POLANO (de Leyde), en 1853, créa la technique de l'entérorraphie latérale. Ayant à traiter une fistule intestinale, il circoncrivit l'orifice par une incision circulaire, ouvrit le péritoine, et après avoir libéré l'intestin des adhérences qui l'unissaient au péritoine, il ferma la brèche intestinale par des points de Lembert, réduisit l'intestin dans l'abdomen et ferma la paroi en laissant la peau ouverte. Il obtint la guérison sans complication dans un délai très rapide.

Ce procédé, qui avait donné un si beau résultat à POLANO, ne fut pas immédiatement adopté. En 1876, CZERNY le reprit et obtint deux succès. Son emploi devint par la suite plus fréquent. TRELAT (1883), CHAPUT (1890), SENN (1894), LEJARS (1895), QUENU (1900) pour ne citer qu'eux, l'employèrent avec succès et le préconisèrent.

Plus récemment, la méthode intrapéritonéale fut défendue par LAPOINTE, GOSSET, DUVAL.

Ces deux procédés ne satisfaisaient cependant pas à toutes les modalités d'anús contre nature. Parfois, en effet, lorsque l'anse intestinale est libérée, on constate que l'entérorraphie ne pourrait être faite sans rétrécir dangereusement le calibre de l'intestin, et lorsqu'il s'agit du grêle, elle peut être matériellement impossible.

Les chirurgiens pensèrent que, dans ces cas, seule l'ablation de la portion intestinale malade, suivie du rétablissement de la continuité, pourrait amener la guérison. DUPUYTREN avait déjà songé à l'entérectomie, mais il disait « qu'il n'est personne qui ne sente le danger et les difficultés de cette méthode ».

ROUX, en 1828, semble avoir été le premier qui fit une entérectomie pour un anus contre nature. La malade mourut rapidement.

En 1863, KINLOCH pratique une entérectomie, puis HÜTER, en Allemagne (1876), JULLIARD, en Suisse (1882), enfin en France BOUILLY et ASSAKY (1883).

En 1881, RYDYGIER en réunit 18 cas. MAKINS en 1884, en publia 39 cas. POLLOSSON, dans sa thèse d'agrégation (1883), rassemble 23 observations. GOETZ, dans sa thèse de Genève en 1890, rapporte 77 observations d'entérectomies secondaires pour anus contre nature. Depuis, les cas ne cessent de se multiplier. De nombreuses communications sont faites à la Société de Chirurgie. En 1934, cette question est discutée par ALGLAVE, PICOT, SOUPAULT, BASSET, ROUHIER à la suite d'une communication faite par FÉREY.

A côté de ces interventions s'adressant directement à la lésion, nous voyons se créer une autre série de procédés destinés aux fistules et anus contre nature complexes dont l'abord direct est impossible : ce sont les opérations de dérivation.

L'idée d'établir une communication entre deux anses intestinales, pour dériver le cours des matières fécales, fut proposée par LIOTARD en 1819; il se servait pour cela d'une pince spéciale qui ne semble pas lui avoir rendu les services qu'il en attendait.

C'est MAISONNEUVE, en 1845, qui fut le créateur de l'entéro-anastomose. Il réalisa deux fois cette opération, mais comme il arrive souvent, lors de la mise au point d'une technique nouvelle, ces deux cas furent malheureux et les opérés moururent de péritonite. La méthode fut momentanément abandonnée pour être reprise plus tard par BILLROTH, en 1882, dont le résultat ne fut pas meilleur, et c'est seulement en 1887 que VON ACKER le premier obtint une guérison d'iléo-colostomie.

L'entéro-anastomose reste encore cependant, pendant quelques années, une opération dangereuse ; puis sa technique se perfectionne et elle donne de meilleurs résultats à BRAUN, CHAPUT, LE DENTU.

D'ailleurs, il apparaît bientôt qu'elle est insuffisante dans bien des cas à assurer la fermeture des fistules dont souvent elle ne diminue que l'écoulement. Pour le tarir, il fallait exclure tout le segment intestinal sur lequel siège la fistule.

BRAUN réalise cette opération et après avoir fait une anastomose latéro-latérale, sectionne l'intestin, ferme les quatre bouts ainsi obtenus, puis résèque l'anse exclue.

Cette opération, déjà importante lorsqu'il s'agit d'un segment de grêle, devient trop longue et trop grave lorsque la fistule siège sur un segment colique pour qu'un malade en de mauvaises conditions puisse la supporter.

HOCHENEGG (1891), VON EISELSBERG (1893), proposent de laisser, après l'avoir isolé, le segment intestinal fistulisé, réalisant ainsi une exclusion bilatérale.

DELORE et PATEL, dans un article de la *Revue de Chirurgie*, en 1901, étudient l'exclusion unilatérale.

SIKORA, dans sa thèse de 1902, expose la méthode employée par RICARD qui s'exécute en deux temps : 1° l'anastomose avec exclusion unilatérale; 2° la fermeture de la fistule ou de l'anus.

Rappelons l'article de TERRIER et GOSSET dans la *Revue de Chirurgie* de 1900, le rapport d'HARTMANN au Congrès de Chirurgie de 1903, la thèse de LANCE de 1903.

JOURDAN, en 1910, apporte dans sa thèse 61 observations de dérivation.

LECÈNE, en 1926, dans son traité de thérapeutique chirurgicale, expose les différentes indications de ces opérations d'exclusion dans le traitement des fistules pyostercorales.

Telle est, brièvement retracée, l'histoire du traitement des fistules stercorales et anus contre nature.

ETIOLOGIE

L'établissement d'une fistule stercorale ou d'un anus contre nature survient dans des circonstances bien différentes. Dans une première série de faits, il s'agit de lésions consécutives à un accident ou compliquant une intervention. Ce sont véritablement les anus et fistules pathologiques. Ces cas représentaient autrefois la majorité. Ces anus s'établissent au hasard des circonstances et s'opposent à ceux qui sont créés intentionnellement par le chirurgien et que l'on nomme anus chirurgicaux, dont le nombre a augmenté avec les progrès de la chirurgie colique et rectale.

FISTULES ET ANUS PATHOLOGIQUES

Parmi ceux-ci, certains sont devenus plus rares : ce sont les anus ou fistules traumatiques, consécutifs à une plaie pénétrante de l'abdomen, qui sont le plus souvent évités par une intervention systématique qui permet de traiter immédiatement par suture ou résection les lésions constatées. Ils se voient surtout après les plaies de guerre.

De même, les anus consécutifs à un étranglement herniaire ont diminué de fréquence.

Par contre, les fistules post-appendiculaires restent encore assez nombreuses. Elles sont en général dues à la chute d'une escharre cœcale, soit par extension du processus infectieux nécrosant, soit à la suite d'un processus d'artérite ascendante venue du foyer appendiculaire.

On a également invoqué le rôle du drain rigide laissé trop longtemps au contact de la paroi cœcale ou bien l'oubli d'un calcul stercoral laissé dans le moignon appendiculaire.

Souvent enfin, la formation d'une fistule après appendicectomie révèle la nature tuberculeuse de l'appendicite.

Nous ne ferons que signaler les fistules consécutives à une tuberculose intestinale, à des lésions cancéreuses ou actinomycosiques de l'intestin, car elles ne représentent que des lésions de second plan, la lésion causale étant la plus importante à considérer.

Une affection encore mal connue doit être signalée dans l'étiologie des fistules intestinales : c'est l'iléite terminale, entérite interstitielle chronique non spécifique étudiée par DALZIEL en 1913, par MUSCHOWITZ et VILENSKI en 1923, CROHN, GUSHERG et OPPENHEIMER en 1932. Notre maître, le docteur CAPETTE, en a rapporté de beaux cas et a inspiré la thèse de notre collègue BOUTRON.

Les fistules post-opératoires, en dehors de celles signalées plus haut dans les suites des hernies étran-

glées et des appendicites, sont assez rares. Elles surviennent tantôt après une intervention portant sur le grêle, mais le plus souvent sur le gros intestin. Leur fréquence a été considérablement diminuée depuis que l'on pratique la chirurgie colique sous le couvert d'une dérivation préalable, que l'on emploie la suture bord à bord selon la technique de ROBINEAU, admise par tous en ce qui concerne les sutures coliques, et que l'on évite de mettre au contact des sutures des mèches ou un sac de MICKULICZ.

Tantôt ces fistules surviennent après hystérectomie pour salpingite, de nature bacillaire fréquemment. Lorsque la lésion intestinale est reconnue en cours d'intervention, elle est réparée et ne donne pas de complications. Mais le plus souvent, ces fistules surviennent alors que la lésion intestinale est passée inaperçue et c'est dans les jours suivants que la chute d'une escharre la révèle.

Enfin, des fistules intestinales peuvent être consécutives à des opérations sur le rein. Elles siègent sur le côlon, rarement sur le grêle. Elles peuvent être dues à des manœuvres opératoires, survenant alors environ deux semaines après l'intervention, ou bien à une extension des lésions purulentes, néoplasiques ou tuberculeuses, et sont alors parfois d'apparition très tardive.

ANUS CHIRURGICAUX

Ils peuvent siéger sur le grêle, le cæcum, les côlons.

SUR LE GRÊLE :

Il s'agit de fistules consécutives à une iléostomie faite dans la majorité des cas pour une *occlusion post-opératoire*, qu'il s'agisse d'ileus paralytique d'apparition précoce, soit d'ileus mixte paralytique et par agglutination apparaissant plus tard, soit d'ileus mécaniques purs qui représentent le type des occlusions post-opératoires tardives.

Parfois, l'iléostomie a été pratiquée pour une occlusion primitive du grêle dont la cause n'a pu être trouvée immédiatement en raison de l'état local (bacillose, tumeur...) ou de l'état général grave du malade.

L'iléostomie laisse en général une fistule de petite dimension qui tend à la fermeture spontanée dès que le cours normal des matières reprend. C'est le cas des fistules après l'iléostomie **pratiquée selon les** procédés de NÉLATON, WITZEL, LARDENNOIS, DELORE, dont la caractéristique ou mieux la précaution essentielle est de fixer l'anse au péritoine et non à la peau.

Cependant, la fistule peut persister. D'autre part, dans les occlusions vues et traitées tardivement, il est souvent nécessaire, pour obtenir le succès, de faire une iléostomie large et directe à la peau, qui est le seul moyen d'obtenir une évacuation immédiate.

C'est dans ces cas que l'on aura un véritable anus sur le grêle à fermer dès que l'obstacle aura disparu et cela sans trop tarder.

Il faut remarquer que les fistules chirurgicales du grêle sont appelées à devenir de plus en plus rares, car l'iléostomie sera remplacée avantageusement par le tubage duodénal avec aspiration continue.

SUR LE CÆCUM :

Il s'agit le plus souvent de cæcostomie simple, procédé d'urgence, utilisée dans les occlusions aiguës des cancers coliques. L'anuscæcal ainsi constitué n'assure pas une dérivation totale, mais fait cesser la distension gazeuse et amène rapidement la cédation des symptômes occlusifs.

SUR LES CÔLONS :

On peut avoir des *anus consécutifs à l'ablation d'un segment colique* (néoplasme, volvulus du côlon pelvien), soit que les deux bouts intestinaux aient été abouchés à la peau en canon de fusil, soit que leur suture n'ait été réalisée que sur la demi-circonférence postérieure.

Ou bien, il s'agit d'*anus de dérivation temporaire* où une dérivation totale est obtenue par la création d'un éperon.

Ils siègent rarement sur l'ascendant (anus de DUBOUCHET), plus souvent sur le transverse. Les plus fréquents sont pratiqués sur le côlon descendant : anus sous-angulo-colique gauche et anus iliaque gau-

che. Ils représentent le premier temps d'une exérèse rectale et leur fermeture reste à envisager si l'on a pu pratiquer un abaissement, avec ou sans conservation du sphincter.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique est souvent conditionnée par l'étiologie et conditionne à son tour le traitement. Aussi rappellerons-nous les points intéressants.

La communication de l'intestin à la peau peut revêtir deux modalités. Elle peut en effet se faire indirectement ; il s'agit alors de fistules indirectes ou *tubulées*. Dans le cas contraire, il s'agit de fistules directes ou *labiées*.

FISTULES TUBULEES

Dans ces fistules l'intestin communique avec l'extérieur par l'intermédiaire d'un trajet de dimensions variables. Tantôt grêle et court. Tantôt dilaté et plus ou moins long, plus ou moins anfractueux, réalisant une véritable poche intermédiaire caractérisant la fistule pyostercorale avec un orifice cutané, une cavité suppurante et l'orifice intestinal.

L'importance de cette cavité suppurante est grande du point de vue thérapeutique. Son traitement constituera la première étape de la cure de ces fistules dont la mise en œuvre est subordonnée à la prospec-

tion préalable de la cavité pyogénique, qui se complique souvent de diverticules et de décollements qu'il faut débrider.

Le passage des matières n'est pas seul responsable de la persistance de cette cavité, et d'autres causes peuvent entretenir la suppuration (calculs, corps étrangers, appendice gangrené). Lorsque cette cavité aura été nettoyée, le trajet peut se hérissier dans les fistules récentes de granulations et de bourgeons charnus qui peuvent amener la cicatrisation et son oblitération. Aussi, la guérison peut survenir spontanément. Sinon, la paroi s'indure, s'épaissit, se cutise et tout espoir de fermeture peut être abandonné.

Dans cette variété de fistule, il est évident que tout abord direct de la lésion sera voué à un échec.

Notons pour terminer que ces cas complexes sont fournis par les fistules que nous avons appelées pathologiques ou accidentelles.

FISTULES LABIEES

Elles sont caractérisées par l'absence de trajet intermédiaire. Leur orifice est régulier et la muqueuse intestinale est directement raccordée à la peau. Les lésions pariétales sont réduites au minimum.

Les anus chirurgicaux entrent dans cette catégorie et se présentent sous les deux aspects classiques d'anús latéraux ou sans éperon et d'anús à éperon.

L'anús latéral

présente un orifice de dimension variable, mais qui n'est qu'une brèche latérale. La forme du conduit

intestinal est conservée, le bout supérieur communique largement avec l'inférieur, le transit des matières n'est que partiellement dérivé, les rapports du mésentère restent inchangés. Toutes ces dispositions sont favorables pour la cure opératoire directe.

L'anus à éperon

présente un orifice dans lequel s'avance une saillie appelée éperon. Cette saillie est plus ou moins accentuée, pouvant séparer complètement les deux segments intestinaux réalisant ainsi un double orifice.

Quand les deux segments intestinaux ne sont pas au contact, l'éperon est formé de mésentère et peut contenir même une anse prolabée, notion à avoir toujours présente à l'esprit avant d'appliquer l'entérotome.

Quand les deux segments intestinaux sont en contact, l'éperon est formé par leur adossement et cela sur une plus ou moins grande étendue.

En cas d'éperon peu saillant, le cours des matières n'est pas complètement supprimé. S'il est accentué, toutes les matières se déversent par le bout supérieur.

Nous verrons l'importance de ces dispositions anatomiques pour la fermeture de ces anus.

D'autres considérations sont encore intéressantes.

1° L'état de la peau et de la paroi qui sont toujours le siège d'une inflammation. Cette inflammation a une grosse importance. Elle est en effet à la base des abcès pariétaux si fréquents qui sont causes d'échecs, l'abcès s'ouvrant simultanément à l'extérieur et dans l'intestin, rétablissant la fistule.

2° L'état du péritoine pariétal qui adhère sur une plus ou moins grande surface à l'anse fistulisée et même aux anses voisines, formant une barrière protectrice, dont l'étendue permet précisément, après libération partielle, de fermer l'orifice intestinal sans ouvrir la cavité péritonéale.

3° L'état de l'intestin : histologiquement, les parois sont peu modifiées. Il existe une infiltration inflammatoire qui prédomine surtout sur la sous-séreuse. Macroscopiquement, si l'anus contre nature existe depuis longtemps, on remarque une différence entre ses deux bouts. Le bout supérieur reste de taille normale et peut même s'hypertrophier alors que le bout inférieur suit une évolution contraire. De ce fait, il résulte, dans les vieux anus, une incongruence des deux orifices.

4° Quant au mésentère, il est épais et rétracté, exerçant une traction qui tend à amener une diminution de l'éperon. Ce fait explique que, lorsque l'anse est libérée de la paroi, l'éperon est beaucoup moins saillant.

5° Enfin, signalons la possibilité d'une complication : le prolapsus qui peut être partiel ou complet. Une lésion l'accompagne constamment : c'est l'événement qui, d'ailleurs, favorise son apparition.

INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA FERMETURE DES ANUS CONTRE NATURE

Les différentes variétés d'anús dont nous venons de donner les caractères étiologiques et anatomo-pathologiques permettent de les grouper en deux grandes classes du point de vue de la conduite thérapeutique :

- 1° Ceux dont l'abord direct est impossible ;
- 2° Ceux dont l'abord direct est possible.

1. L'ABORD DIRECT DES LÉSIONS EST IMPOSSIBLE :

Voici les cas à ranger dans cette catégorie :

— Les fistules pyostercorales dans lesquelles les lésions de paroi s'intriquent avec les lésions de l'intestin.

— Les fistules où il existe une grosse perte de substance de la paroi intestinale, alors même que l'infection est minime ou a disparu : vastes plaies accidentelles, gangrène pariétale étendue de la paroi cæcale par exemple, où le manque d'étoffe empêche toute réparation locale.

— Les fistules consécutives à une lésion spécifique de l'intestin : tuberculeuse, cancéreuse ou actinomycosique.

— Les anus où il existe une anomalie de direction de l'un des segments intestinaux, que l'on prévoit insurmontable.

— Les anus enfin où il existe une sténose du bout efférent, sur une longue distance, ou tout autre cause rendant imperméable le bout inférieur.

Lorsque l'on est en présence de l'un de ces cas, toute opération locale est à rejeter et il faut recourir à des opérations complexes de dérivation, suivies ou non de résection dont nous ne donnerons que le schéma, les détails techniques étant ceux de toute chirurgie intestinale et dépassant le cadre du sujet.

2. L'ABORD DIRECT DES LÉSIONS EST POSSIBLE.

C'est le cas de nombreuses fistules simples et de la plus grande partie des anus chirurgicaux.

Des conditions doivent être réalisées avant d'en entreprendre la fermeture.

1° Il est évident que la cause pour laquelle la fistulisation a été établie doit avoir disparu ou avoir été supprimée. S'il s'agit d'une fistule du grêle par exemple, tout signe de subocclusion doit avoir disparu et le malade doit avoir eu des évacuations normales. De même pour les fistules cæcales.

2° La perméabilité de l'intestin sous-jacent doit être complète. C'est ainsi que, dans les anus consécutifs à une colectomie segmentaire et dans les anus de

dérivation, il faudra vérifier le libre passage dans le segment inférieur où tout transit a été interrompu depuis longtemps.

3° L'état local de la fistule ou de l'anus doit également être dans des conditions favorables. La peau doit être saine. Le palper et le toucher bidigital rendront compte de la souplesse de la paroi. La ligne muco-cutanée doit être régulière, sans nodule inflammatoire. La muqueuse colique doit être souple, mobile, sans ulcération.

4° Enfin, lorsque l'on envisage la fermeture par voie extrapéritonéale, deux conditions supplémentaires doivent être remplies :

- l'absence du prolapsus;
- la disparition de l'éperon.

TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES

Les lésions complexes ne peuvent être l'objet d'un traitement local. Il faut avoir recours alors à des opérations à distance destinées à dériver le cours des matières.

Ces opérations sont au nombre de trois :

- l'entéroanastomose,
- l'exclusion unilatérale,
- l'exclusion bilatérale.

Toutes ces interventions ne suffisent pas toujours d'ailleurs à assurer la fermeture de la fistule, et dans ces cas, il faudra les compléter dans un deuxième temps, soit par la fermeture de l'orifice qui peut être devenue réalisable, soit, dans le cas contraire, par l'ablation du segment intestinal fistulisé.

Quelle que soit l'intervention pratiquée, des points généraux de technique doivent présider à l'exécution du premier temps. Nous allons les étudier.

CHOIX DE L'INCISION.

L'incision doit être faite à distance de la fistule. La plus pratique est une incision médiane sus et sous-ombilicale, que l'on agrandira vers le haut ou vers le bas, selon les lésions rencontrées. Cette incision évite la contamination de la plaie, permet de tomber en péritoine sain et libre, réduit les risques de blessure d'une anse adhérente. Enfin, elle rend possible l'exploration complète de l'abdomen et le choix du siège de l'anastomose ou de la section intestinale.

RECONNAISSANCE DU BOUT AFFÉRENT ET EFFÉRENT.

Le plus souvent, il existe une agglutination d'anses aux environs du segment intestinal fistulisé. La détermination du bout afférent et efférent représente un temps capital de l'intervention.

Lorsqu'il s'agit d'une lésion du côlon, c'est facile. Si la lésion siège sur le cæcum, c'est déjà plus difficile. Les dernières anses grêles sont venues s'accoler par leur convexité au pourtour de la lésion. Après avoir dégagé celles qui tiennent peu, on reconnaîtra la terminaison du grêle au fait que ce segment intestinal ne présente pas de retour.

Enfin, lorsque la fistule siège sur le grêle, la détermination du lieu des sections ou de l'anastomose devient très délicate. Il ne faut pas chercher à dégager les anses adhérentes pour les dérouler. On ira au cæcum, puis remontant l'iléon, on le suivra jusqu'au point où il pénètre dans le magma d'adhé-

rences. Possédant ainsi sûrement le bout efférent, il suffira de choisir une anse libre peu avant sa pénétration dans le bloc inflammatoire, et de la sorte, on sera certain d'exclure le segment fistulisé.

SUTURE DES MÉSOS.

L'opération terminée, il existe des modifications dans la disposition des mésos qui aboutissent à la formation de brèches dans lesquelles l'intestin pourrait s'engager et s'étrangler. Pour éviter ce danger d'occlusion qui est grave, il faut absolument fermer les fentes mésentériques nouvellement créées. Il suffira d'accoler soigneusement les mésos qui limitent ces espaces dangereux.

Si l'on a fait une anastomose simple sans section intestinale et mésentérique, il suffit d'accoler les deux faces des mésos qui sont en regard.

S'il s'agit d'une exclusion portant uniquement sur le grêle, rien n'est plus simple que de réunir les deux tranches de section du mésentère par quelques points de fil de lin.

De même, il est facile d'accoler la tranche mésentérique au méso-côlon pelvien ou au méso-côlon transverse.

Pour les segments fixes des côlons, on se bornera à unir par quelques points le mésentère de l'anse iléale anastomosée avec la séreuse du méso accolé à la paroi postérieure.

ÉTENDUE DE L'EXCLUSION.

La pratique a montré que l'on pourrait exclure sans inconvénient jusqu'à 2 mètres de grêle.

Quant au côlon, il peut être exclu en entier.

LES INTERVENTIONS DE DERIVATION

ENTÉRO-ANASTOMOSE.

Dans un premier temps, l'entéro-anastomose est créée par anastomose latérale entre les deux anses sus et sous-jacentes à la lésion.

Dans un deuxième temps, lorsque la cicatrisation de la première intervention est complète et que la fistule s'est nettoyée, on procède à la fermeture extra-péritonéale de cette fistule.

EXCLUSION UNILATÉRALE (obs. I, II).

Premier temps. — Le lieu d'élection étant choisi, l'intestin est sectionné. Le bout inférieur est fermé. Le bout supérieur est anastomosé avec un segment intestinal sous-jacent à la lésion.

Deuxième temps. — Deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien la fistule se ferme et le malade est guéri sans danger, car le drainage du segment intestinal sus-jacent à l'anastomose est assuré, puisqu'il communique librement avec l'intestin en aval (obs. 3) ;

2° Ou bien la fistule persiste.

a) Si elle est petite et donne peu de sécrétions, si la peau et la paroi se sont nettoyées, on peut la fermer par la méthode extra-péritonéale avec succès (obs. 1), ou intra-péritonéale (obs. 6).

b) Si elle est grande et si l'altération de la paroi et de l'intestin ne permet pas d'envisager un traitement local, on pratiquera l'ablation du segment intestinal situé en amont de l'anastomose. La fréquence des fistules dans la région iléo-cæcale explique que le plus souvent cette excrèse consiste en une hémicolectomie droite (obs. 2).

EXCLUSION BILATÉRALE (obs. 4 et 5).

Premier temps. — L'intestin est sectionné en amont et en aval de la lésion. Les deux extrémités de l'intestin non exclus sont anastomosées. Les deux extrémités de l'intestin exclus sont fermées et enfouies. Cette fermeture est possible puisque la fistule assure le drainage du segment intestinal exclus. Ce n'est que dans certains cas rares que l'abouchement à la peau de l'un ou des deux bouts exclus est indiqué pour permettre un large drainage et des lavages du segment exclus qui en assurent ainsi une désinfection rapide et rendent moins septique l'excrèse secondaire.

Deuxième temps. — Ce second temps est toujours nécessaire. En effet, alors que dans l'exclusion unilatérale, la fermeture de l'anus ou de la fistule est sans danger, dans l'exclusion bilatérale, elle peut donner de graves accidents de rétention.

Aussi, il est nécessaire de pratiquer, dans ce deuxième temps, l'exérèse de tout le segment exclus.

Telles sont les opérations destinées à dériver le cours des matières du segment intestinal fistulisé.

Quel est leur résultat respectif ?

— L'entéro-anastomose ne suffit pas à dériver le cours des matières. Elle ne réalise qu'une exclusion souvent fort incomplète et la deuxième intervention destinée à fermer l'orifice anormal est de ce fait compromis dans son résultat. Aussi, ce procédé ne sera employé que lorsque l'état général du malade ne permet, dans le premier temps, qu'une intervention rapide et peu compliquée, et dans les cas heureux, l'écoulement se tarit, le segment exclus s'atrophie et une fermeture secondaire de l'orifice est possible.

— L'exclusion unilatérale n'assure une dérivation parfaite que dans certains cas. Voici les trois éventualités qui peuvent se produire :

a) pour le grêle, l'exclusion unilatérale aboutit au même résultat que l'entéro-anastomose et les matières passent dans le segment inférieur ; donc, sur le grêle, elle est à rejeter.

b) pour une lésion siégeant sur la fin de l'iléon, l'exclusion unilatérale avec abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant ou transverse est suffisante, car la valvule de Bauhin arrête les matières.

c) pour une lésion du gros intestin, l'exclusion unilatérale avec abouchement iléo-sigmoïdien met,

dans la majorité des cas, la lésion à l'abri des matières, mais le reflux reste possible.

Enfin, l'exclusion unilatérale laissant le segment intestinal fistulisé en connexion avec l'intestin permet la fermeture de l'orifice anormal spontanée ou thérapeutique.

— L'exclusion bilatérale, par contre, assure l'exclusion parfaite. Mais elle nécessite l'exérèse secondaire parfois difficile du segment exclus, étant donnés les accidents possibles de rétention dès que les fistules ou l'anus contre nature se ferment.

En conclusion, pour une lésion fistuleuse du grêle, c'est l'exclusion bilatérale qui donne le meilleur résultat et est à employer.

Pour une lésion de la fin du grêle, de la région iléo-cæcale, cas le plus fréquent de beaucoup, l'exclusion unilatérale est une excellente intervention.

Pour une lésion du transverse et du côlon gauche, c'est également à l'exclusion bilatérale qu'il faut avoir recours lorsqu'elle est possible, sinon il faudra se résoudre à faire une iléo ou cæco-sigmoïdostomie.

Quant aux fistules siégeant sur les parties terminales du côlon pelvien ou le rectum, elles nécessitent d'abord une exclusion complète temporaire par anus iliaque avec épéron que permettra de traiter les lésions rectocoliques à l'abri des matières. Le cours de celles-ci sera rétabli lorsque la fermeture de la fistule aura été obtenue.

TRAITEMENT DES CAS SIMPLES

Lorsqu'il s'agit de fistules simples et d'anus chirurgicaux, l'abord direct est possible. Nous avons vu plus haut les conditions permettant d'envisager la fermeture d'un anus contre nature et nous n'y reviendrons pas.

Avant d'étudier les méthodes proposées, il importe de séparer nettement les deux variétés d'anus que nous avons décrits à l'anatomie pathologique : les anus latéraux et les anus à éperon. Les anus latéraux sont prêts à la fermeture, alors que les anus à éperon doivent être l'objet d'un traitement préalable : la suppression de l'éperon qui permettra le rétablissement du transit intestinal, et transformera l'anus éperonné en anus latéral.

Il existe des modalités dans la forme et la taille de l'éperon qui sont importantes à connaître, car elles influent sur la conduite à tenir à son égard et elles varient selon la façon dont l'anus a été établi et selon son siège.

C'est ainsi que les anus consécutifs à l'extériorisation sur baguette présentent en général un éperon mousse peu accentué, en particulier sur le transverse

où la traction du méso tend à le faire disparaître. Par contre, lorsque l'anús a été établi selon le procédé de Schwartz et Hartglas, l'éperon est mince et haut.

Les anus consécutifs à une ablation d'un segment colique ont un éperon accentué si les deux bouts ont été adossés en canon de fusil. Il est, au contraire, presque inexistant si l'on a réalisé un rétablissement partiel.

On peut donc, dans une certaine mesure, obtenir dès la création de l'anús la variété d'éperon que l'on désire en vue de la cure ultérieure.

Quoi qu'il en soit, le toucher anal reste un des temps les plus importants de l'examen pré-opératoire et nous avons déjà insisté sur ce point. C'est lui qui permet, en effet, d'apprécier exactement la hauteur de l'éperon, son épaisseur, et de se rendre compte si les deux segments intestinaux sont ou non en continuité. Cet examen permettra de choisir l'un des procédés suivants qui sont employés pour amener la suppression de l'éperon.

SUPPRESSION DE L'EPERON

Trois procédés permettent de supprimer l'éperon :

SECTION DE L'ÉPERON AU MOYEN DE L'ENTÉROTOME DE DUPUYTREN :

L'entérotome se compose de deux branches démontables s'articulant par leur milieu et d'une vis de pression destinée à les maintenir serrées. La branche

femelle présente une rainure dont le fond est ondulé et dans laquelle est reçue la branche mâle, plus étroite et munie d'ondulations correspondant à celles de la branche femelle.

Les deux bouts intestinaux ayant été bien repérés, on y introduit séparément chacune des branches qui seront ensuite articulées et serrées progressivement. Cette application de l'entérotome sera faite sous anesthésie locale.

L'entérotome est enveloppé de compresses et maintenu ainsi dans le pansement. Le lendemain et le surlendemain, les branches seront resserrées. On attend ensuite que l'instrument tombe de lui-même, ce qui arrive en moyenne entre le 8^e et le 10^e jour.

Parfois, l'application de l'entérotome entraîne des douleurs coliques que l'on calmera par la morphine.

Rarement, l'entérotome n'est pas supporté. Dans ce cas, il faudrait avoir recours à l'un des procédés suivants ou renoncer à la voie extra-péritonéale et utiliser la technique préconisée par le professeur Duval.

Le plus souvent, une seule application de l'entérotome suffit. Si l'éperon est insuffisamment diminué, il y aurait lieu de recourir à une seconde application (obs. 20, 21, 27) ou de parfaire l'action de l'entérotome par la mise en place d'un tube de caoutchouc, selon le procédé de Kirschner.

L'anus est prêt à fermer un mois en moyenne après l'application de l'entérotome.

SECTION DE L'ÉPERON A CIEL OUVERT.

Cette méthode consiste dans la section au bistouri ou aux ciseaux de l'éperon, suivie immédiatement de la suture des deux faces coliques adossées. Ce procédé ne doit être employé que lorsque l'éperon est haut et mince et qu'il n'y a aucun risque de pénétrer dans la cavité péritonéale ou de blesser une anse interposée. Elle convient particulièrement aux anus réalisés selon la technique de Schwartz et Hartglas où l'adossement des segments intestinaux constitue une cloison latérale et très large.

PROCÉDÉ DE KIRSCHNER.

Lorsque l'éperon est épais, on conçoit le danger des deux procédés précédents. On peut le réduire alors par le procédé suivant : un gros tube de caoutchouc est engagé dans les deux bouts intestinaux. Il est retenu par un fil serré en son milieu qui, d'autre part, est amarré à la paroi par un leucoplaste. Ce tube exerce d'une façon continue une pression sur l'éperon qui s'affaisse progressivement et reste aplati après quelques temps, parfois après plusieurs semaines seulement. Pendant cette période, une partie des matières passant dans le tube se déversera dans le bout inférieur.

Que l'on emploie l'un ou l'autre de ces procédés, il faut obtenir la suppression de l'éperon et le rétablissement partiel du cours des matières par le bout inférieur. C'est une condition nécessaire si l'on veut avoir recours à la méthode extra-péritonéale.

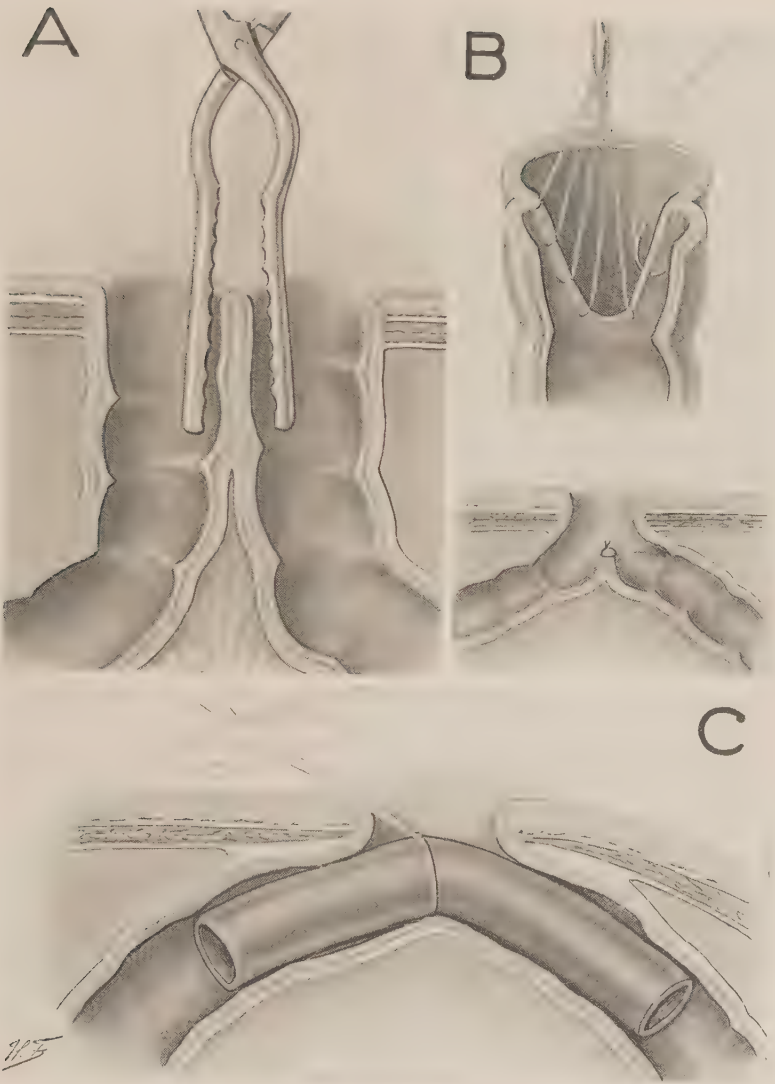


PLANCHE 1. — Suppression de l'éperon. A) Par l'entérostome; B) par la section suivie de suture; C) par la méthode de Kirschner (*in* Techniques chirurgicales de A. Gosset.)

Si l'on choisit la méthode intra-péritonéale, cette suppression de l'éperon n'est plus d'une nécessité absolue, mais elle reste très utile et est pratiquée par la plupart des chirurgiens.

Nous allons maintenant étudier les méthodes extra et intra-péritonéales.

METHODE EXTRA-PERITONEALE

Cette méthode est caractérisée par le fait qu'elle ne nécessite pas l'ouverture du péritoine. Nous rappellerons les principaux procédés.

PROCÉDÉ DE MALGAIGNE.

Premier temps: Avivement du trajet anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin exclusivement.

Deuxième temps : L'intestin est alors libéré de ses adhérences sur une largeur d'un centimètre environ.

Troisième temps : Les deux lèvres de l'intestin sont alors réunies par une suture en « piqué », de manière à les adosser par leur face externe.

Quatrième temps : Suture de la paroi avivée « en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties ».

PROCÉDÉ DE JEANNEL, BIONDI, SAVARIAUD.

Premier temps : L'anus est circonscrit par une incision passant à 1 centimètre en dehors de l'orifice et comprenant la presque totalité de l'épaisseur de la paroi.

Deuxième temps : Le trajet ainsi disséqué est invaginé et suturé par adossement de ses surfaces cruentées par des points non perforants.

Troisième temps : Après nettoyage à l'éther, les différents plans pariétaux sont séparés par dissection et reconstitués.

PROCÉDÉ DE CHAPUT.

Premier temps : On isole par une incision circulaire l'intestin sur une hauteur d'environ 2 centimètres.

Deuxième temps : A l'aide de pincés et de ciseaux à strabisme, on sépare la muqueuse de la musculo-séreuse sur une hauteur de 1 centimètre, et on la résèque.

Troisième temps : On suture alors face interne contre face interne les musculeuses avivées par des points séparés à la soie fine en ayant soin de ne pas inclure des portions de muqueuse qui a dû être complètement abrasée.

Quatrième temps : Cette première suture est recouverte par l'adossement de la séreuse par des points non perforants selon le procédé de Lembert.

Cinquième temps : Fermeture de la paroi.

PROCÉDÉ DE QUÉNU.

Premier temps : Deux incisions courbes sont pratiquées, distantes de la muqueuse de 7 à 8 mm., circonscrivant l'anus. Ensuite, l'intestin est disséqué jusqu'à 1 centimètre de profondeur environ.

La couronne de peau qui entoure l'orifice intestinal est excisée.

La muqueuse intestinale est alors retroussée en dedans, les tuniques musculuses avivées par dissection sont adossées par un surjet en ayant soin de ne pas faire de points perforants.

Deuxième temps : L'anse est alors dégagée de l'épaisseur de la paroi abdominale, de telle sorte que l'anse « retombe dans la plaie maintenue seulement par l'adhérence péritonéale ».

Troisième temps : Le premier surjet est alors recouvert par un deuxième surjet de points non perforants ne prenant que la tunique musculaire.

Quatrième temps : La paroi abdominale est suturée plan par plan. Un drain laissé au contact de la suture intestinale sort par l'angle inférieur de la plaie.

PROCÉDÉ DE LENORMANT.

Premier temps : Une courte incision de 5 à 6 mm. est faite à 2 ou 3 cm. de l'anus artificiel pénétrant jusqu'au plan musculo-aponévrotique. Par cette incision, un fort fil de catgut n° 2 est faufilé circulairement tout autour de l'orifice, et en restant à 2 ou 3 cm. de lui, dans l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique. La grande aiguille courbe d'Emet ou de Doyen permet de passer ce fil circulaire en deux fois, l'aiguille sortant chaque fois par le même point, de telle sorte qu'une incision unique est suffisante. Le fil ainsi placé, et dont les deux chefs sortent par

l'incision, n'est pas encore serré. Les deux chefs sont enveloppés dans une compresse.

Deuxième temps : Avivement des bords de l'anus par dédoublement de la muqueuse et de la peau. Ce temps est toujours un peu délicat, en raison de l'induration cicatricielle des tissus au voisinage de l'anus. Ce dédoublement est poursuivi, si possible, dans une étendue de 10 à 12 mm.

Troisième temps : Suture par adossement des lèvres muqueuses de l'orifice (point séparé ou sur-jet). Le catgut est préférable pour éviter l'éventualité d'élimination des fils non résorbables.

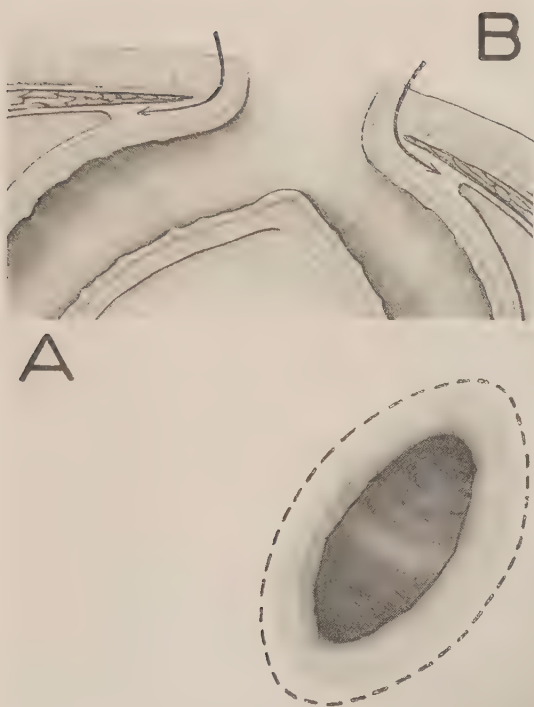
Quatrième temps : A ce moment, le fil de cerclage est serré à fond et noué. Tous les tissus froncent au pourtour de l'orifice qui se trouve ainsi fermé. Les chefs sont coupés au ras du nœud et celui-ci est enfoui sous un point de suture fermant la petite incision latérale.

Cinquième temps : Suture des lèvres cutanées de l'orifice de l'anus artificiel.

Tous les procédés que nous venons de voir comportent un temps terminal de suture pariétale et diffèrent en cela du procédé suivant que nous proposons et que nous avons vu réaliser souvent par notre maître, M. J.-C. Bloch.

PROCÉDÉ EXTRA-PÉRITONÉAL SANS SUTURE PARIÉTALE

Premier temps : Incision circonscrivant l'anus à 2 mm. de la ligne muco-cutanée, libérant une colle-



W. B.

PLANCHE 2. — Anus prêt à fermer. A) Incision; B) libération de l'intestin. Les flèches indiquent la zone de décollement et ses limites.

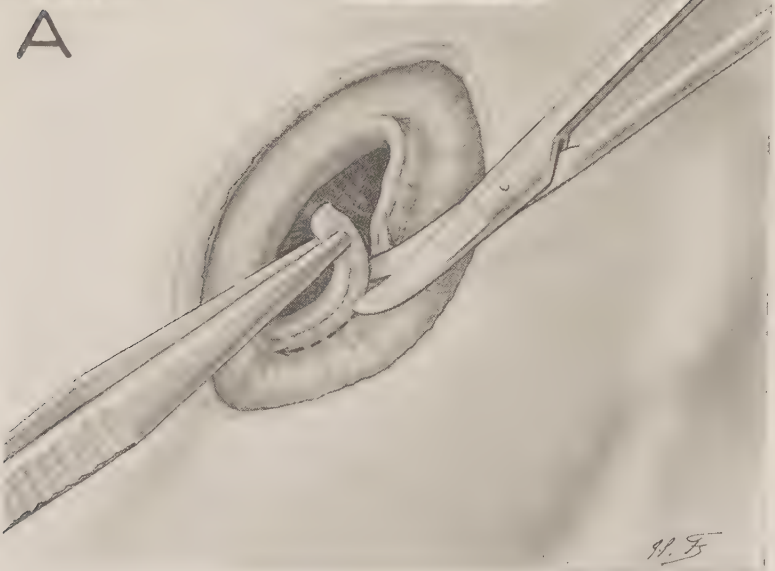
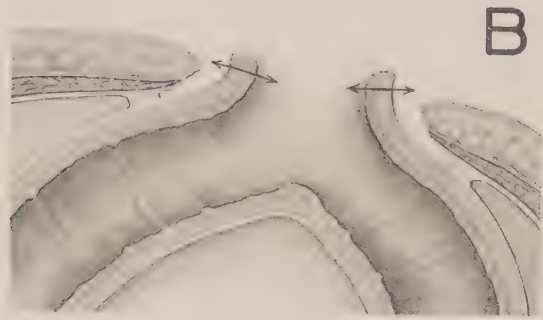
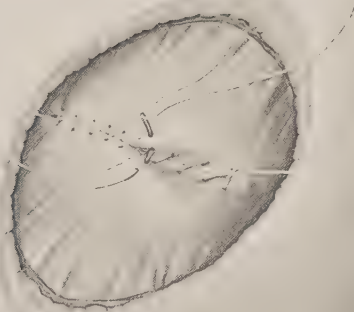


PLANCHE 3. — A et B) Excision de la collerette cutanée et avivement de la paroi intestinale.

A



B



C

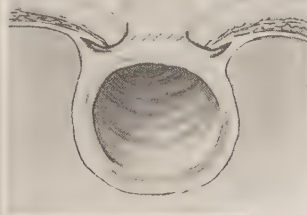


PLANCHE 4. — Fermeture de l'anus sans suture pariétale. A) Plan total; B) Plan séro-musculaire; C) Opération terminée, aucun plan pariétal n'est suturé. Une compresse vaselinée doit recouvrir la suture intestinale.

rette qui est temporairement fermée par quelques points de Chaput.

Libération du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi intestinale.

Deuxième temps : Libération de la paroi intestinale sur 1 à 2 cm., en prenant soin de ne pas ouvrir la cavité péritonéale.

Troisième temps : Avivement en réséquant la collerette cutanée de la partie avoisinante de la paroi intestinale.

Quatrième temps : Suture perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

a) Surjet total au catgut 000 ;

b) surjet musculo-séreux au fil de lin ;

c) si cela est possible, on fera un troisième plan constitué par quelques points séparés au fil de lin, pour éviter la tension des deux sutures précédentes.

L'opération est alors terminée. Les sutures sont recouvertes d'une compresse vaselinée.

On ne pratique aucune suture cutanée. En effet, cette fermeture détermine très souvent la formation d'un abcès qui, s'ouvrant à la fois à la peau et dans la lumière intestinale, rétablit l'écoulement des matières.

La cicatrisation survient - habituellement en 8 jours.

METHODE INTRA-PERITONEALE

ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE.

Dans la fermeture intra-péritonéale, la suppression préliminaire de l'éperon, capitale si l'on emploie la méthode extra-péritonéale, perd de son importance.

Cependant, l'effacement de l'éperon facilite grandement la fermeture et de nombreux chirurgiens y ont recours.

Cette précaution est surtout indiquée si l'éperon est très long, si le toucher bidigital montre une cloison haute et mince, si l'éperon ne s'est pas rétracté.

Que l'éperon ait été supprimé ou non, la technique de l'entérorraphie latérale reste la même et voici comment l'opération est exécutée :

Premier temps. — Après avoir obturé l'anus artificiel par un petit tampon de gaz, on pratique une incision elliptique circonscrivant l'orifice et passant en peau saine.

La collerette cutanée ainsi libérée est rabattue au-devant de l'orifice, enveloppée dans une compresse et maintenue fermée par 2 ou 3 pinces (de Richelot ou d'Ombredanne).

Ce premier temps septique étant terminé, on change de gants et d'instruments.

Deuxième temps. — Ouverture du péritoine.

L'aponévrose et les muscles sont incisés à distance du collet où la paroi enserre l'intestin, du côté interne.

Le péritoine étant mis à nu, sera incisé de même à distance de la zone d'adhérences. L'index gauche est alors introduit dans la cavité péritonéale ; il soulève la paroi, tout en protégeant l'intestin.

Troisième temps. — Libération de l'anse.

Le doigt contourne ainsi l'intestin. En rabattant le pouce sur l'index, on apprécie l'état de la paroi, et on choisit ainsi l'endroit où passera l'incision. Il importe, en effet, d'enlever les noyaux cicatriciels qui entourent souvent l'anus, afin de se trouver en tissus sains et souples. Cette incision est ainsi menée de proche en proche jusqu'à ce que l'on ait fait complètement le tour de l'anus. L'intestin ainsi libéré est facilement extériorisé hors de l'abdomen, avec la collerette pariétale restée fixée après lui. Si une anse grêle ou l'épiploon y adhèrent, ils sont détachés et réduits.

De grandes compresses isolent alors complètement le champ opératoire de la grande cavité en dehors de laquelle toutes les manœuvres doivent alors se passer.

Quatrième temps. — Avivement de l'intestin.

Les pinces qui fermaient l'anus sont alors enlevées.

Il faut exciser toute la masse des tissus cicatriciels qui entourent l'anus, afin d'arriver en paroi intestinale saine où l'on puisse reconnaître les trois éléments bien distincts : « une muqueuse mobile, une musculieuse solide et une séreuse lisse et nette ».

Lorsque l'éperon n'a pas été détruit, on peut supprimer les traces fibreuses qui unissent les deux bouts, afin de les écarter et de diminuer l'angulation, mais il ne faut pas s'acharner à vouloir supprimer complètement celle-ci.

Si le bout inférieur est trop rétréci, une petite incision longitudinale le calibrera par rapport au bout supérieur.

Cinquième temps. — Suture de l'intestin.

On pratique alors la suture de l'intestin dans le sens transversal, afin de ne pas rétrécir son calibre. Les tuniques muqueuses seront suturées par un surjet à points passés au catgut 00. Puis les tuniques musculo-séreuses, par un surjet au fil de lin à points non passés.

L'anse est nettoyée au sérum chaud et rentrée dans l'abdomen. Certains chirurgiens laissent une lame de caoutchouc à son contact.

Sixième temps. — Fermeture de la paroi.

Après avoir changé de gants et d'instruments, on pratique la réfection de la paroi. Malgré toutes les précautions prises, il est prudent de ne pas suturer en plusieurs plans. Des crins doubles passés en huit assurent une fermeture solide. Ils ne seront retirés que vers le 14^e jour.

Telle est la technique de l'entérorraphie latérale.

1^o Lorsqu'il s'agit d'un anus sur le cæcum, on ne manque pas d'étoffe.

2^o Lorsqu'il s'agit d'un anus colique, lorsque l'aviement intestinal est terminé, on se trouve en pré-

sence d'une très large brèche. Il ne persiste plus qu'un pont de tissu intact du côté du méso-côlon. Il faut conserver précieusement ce pont et deux fils en anse seront passés par le milieu des bords latéraux des bouts coliques. Tendus, ces fils présentent le travail et la suture transversale rétablit la continuité colique sans provoquer de rétrécissement.

3° Lorsqu'il s'agit du grêle, l'entérorraphie latérale est exécutée suivant la même technique ; on est souvent dans l'impossibilité de la faire, car elle rétrécirait trop le calibre et nous sommes amenés à envisager l'entérectomie.

ENTÉRECTOMIE.

Nous rangerons l'entérectomie immédiatement après l'entérorraphie latérale, car cette opération s'adresse directement à l'anse malade, après ouverture du péritoine et libération du segment intestinal fistulisé.

Les différents temps sont les mêmes, sauf celui de la réparation intestinale. Celle-ci étant jugée impraticable par suture latérale, du fait de l'état de l'anse libérée, on est obligé de recourir à la résection de cette anse. Nous n'en décrirons pas la technique qui n'offre rien de particulier.

Le rétablissement de la continuité sera assuré, soit par anastomose termino-terminale, soit par anastomose latéro-latérale qui offre une sécurité plus grande et demande une moins grande habitude.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA METHODE INTRA-PERITONEALE

ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE

Avantages :

1° L'intestin étant séparé complètement de ses adhérences pariétales, il est aisé d'exciser les bords de la brèche jusqu'à ce que l'on retrouve la structure normale de la paroi intestinale.

La suture qui est alors exécutée est donc de bonne qualité, puisqu'elle réunit des tranches passant en tissu sain et qu'il est possible de faire un bon plan séro-séreux au-dessus du plan total ou muco-muqueux.

2° Cette libération du segment intestinal permet, en outre, de diminuer considérablement l'angulation des deux bouts, et de ce fait l'éperon n'est plus un obstacle à la fermeture de l'anus. C'est du moins ce que déclarait M. le professeur Duval qui ne se préoccupait pas de l'éperon. En réalité, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour supprimer d'abord l'éperon, même lorsqu'on a recours à la voie intra-péritonéale, et la fermeture des anus par ce procédé reste donc précédée d'un temps employé à supprimer celui-ci.

3° Si des anses grêles adhèrent à l'intestin fistulisé, elles peuvent être libérées.

4° Enfin, ce procédé permet l'excision des lèvres pariétales, la reconstitution des différents plans et

leur suture respective, ne laissant ainsi aucune éven-tration.

Le succès quasi-certain de la suture, le fait que l'éperon puisse être négligé pour certains, la réparation pariétale, sont autant de facteurs qui raccour-cissent la durée du traitement.

Inconvénients :

La gravité relative de l'opération — qui s'explique par le fait que l'on part d'un organe septique. Mal-gré les précautions que l'on peut prendre pour fer-mer temporairement l'anus, on n'y arrive que par-tiellement.

La paroi, avec ses lymphatiques infectés, repré-sente également un danger non négligeable.

Enfin, malgré la qualité le plus souvent bonne de la suture, on n'est pas à l'abri d'une désunion de celle-ci. M. le professeur Duval lui-même a rapporté à la Société de Chirurgie des cas d'insuccès de la suture colique (*Mémoires de l'Académie de Chirur-gie*, 19 avril 1939). C'est dans la crainte de cette éventualité que certains chirurgiens laissent la su-ture extériorisée, et que d'autres laissent à son con-tact une lame de caoutchouc.

En résumé, l'entérorraphie latérale donne souvent de beaux résultats, mais reste une intervention im-portante et dont la mortalité est d'environ 6 à 7 %.

ENTÉRECTOMIE

Avantages :

Elle supprime radicalement la fistule et rétablit idéalement la continuité intestinale, et est suivie de réparation pariétale parfaite.

Inconvénients :

Elle n'est réalisable raisonnablement que sur le grêle, encore faut-il que des adhérences n'empêchent pas son exécution.

Sa mortalité, importante autrefois, a beaucoup diminué.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES PROCÉDES EXTRA-PÉRITONEAUX

Avantages :

Les procédés extra-péritoneaux sont d'une bénignité absolue. Cela ne peut être discuté. Ils évitent à coup sûr l'infection péritonéale, puisque toutes les manœuvres se passent en dehors de la cavité péritonéale. C'est là un avantage considérable, d'autant plus appréciable que la fermeture d'un anus est souvent le dernier temps d'une opération importante qui a été menée à bien jusque-là.

En second lieu, la fermeture d'un anus par voie extra-péritonéale peut s'exécuter sous anesthésie locale, avantage qui n'est pas négligeable puisque les temps précédents ont été souvent très importants, longs et shockants.

Enfin, ce procédé, s'il échoue, ne gêne en rien l'exécution d'une fermeture ultérieure par la voie intra-péritonéale.

Inconvénients :

1° Un premier inconvénient, le plus souvent sans importance, est la persistance d'une déficience pariétale. Celle-ci n'entraîne aucune gêne dans le plus grand nombre des cas. S'il existe une éventration plus importante, on en fera la cure qui est sans danger puisqu'elle ne comportera aucun temps septique, la continuité intestinale ayant été rétablie antérieurement.

2° Un deuxième inconvénient est la persistance de l'adhérence intestinale à la paroi. Cette adhérence n'entraîne presque jamais aucun trouble du transit. Là encore, si cette éventualité se présente, la libération de l'anse sera réalisée dans une opération qui ne comportera pas de temps septique.

3° Le troisième inconvénient est représenté par les échecs. C'est le plus gros reproche que l'on puisse faire à la méthode extra-péritonéale.

Examinons donc ces causes d'échecs.

La déhiscence de la suture peut être due :

— à la mauvaise perméabilité du bout inférieur, soit par rétrécissement, soit par bride.

Mais cette éventualité est une contre-indication à la fermeture et elle doit être dépistée par l'examen pré-opératoire.

— à la persistance d'un éperon. Nous avons vu que le procédé extra-péritonéal s'adresse aux anus

latéraux, et que pour les anus à éperon, il faut supprimer celui-ci dans un temps préalable.

Ces deux causes d'échecs peuvent donc être facilement écartées.

— Une troisième cause d'échec a été donnée : c'est la mauvaise qualité de la suture lorsque l'on utilise la voie extra-péritonéale qui ne permet pas d'aller chercher la paroi intestinale saine, pourvue de séreuse. Il est évident que la suture faite par cette voie est de beaucoup moins bonne qualité qu'une suture exécutée sur un intestin libéré où l'on retrouve des tissus normaux.

Cependant, cette suture médiocre tient dans la majorité des cas, lorsqu'elle n'est pas recouverte par un plan pariétal. En effet, la véritable cause de la désunion, c'est l'abcès qui se forme à coup sûr sous le plan de recouvrement, abcès peu important qui est vite ouvert à la fois à l'extérieur et dans la cavité intestinale et rétablit ainsi l'écoulement des matières au dehors. C'est là, à notre avis, la principale cause d'échecs. Or, elle est supprimée dans le procédé que nous avons vu employer par M. Bloch, qui ne suture aucun plan pariétal.

Si l'on étudie les statistiques des procédés extra-péritonéaux antérieurement employés, l'on constate que la mortalité est nulle et que le pourcentage d'échecs atteint 30 %.

Nous avons relevé nous-même six observations de fermeture extra-péritonéale avec suture pariétale

qui a donné trois échecs partiels et un échec complet.

Par contre, sur 23 cas opérés par le procédé que nous proposons, nous n'avons que 2 échecs partiels, une deuxième fermeture par le même procédé ayant suffi pour amener la guérison et une fois une petite fistule qui s'est fermée spontanément.

20 fois, il a donné une cicatrisation *per primam*.

Mais, nous dira-t-on, ces cas auraient pu être guéris spontanément. On a prétendu, en effet, que la voie extra-péritonéale ne convenait qu'aux petites fistules ayant une tendance spontanée à la fermeture. Ce n'est pas le cas des observations que nous avons examinées.

5 fois seulement, il s'agissait de fistules simples après appendicectomie (obs. 7, 8, 9, 10, 11) ;

3 fois d'anús cæcaux (obs. 12, 13, 14) ;

15 fois d'anús coliques gauches (obs. 20 à 35) ;

11 étaient consécutifs à une exérèse colique pour néoplasme, volvulus ou dolicho-sigmoïde.

4 étaient des anus temporaires de dérivation.

Ces résultats nous font estimer que la méthode extra-péritonéale mérite de garder sa place parmi les opérations destinées à assurer la fermeture des anus contre nature. En effet, si la cure par voie intra-péritonéale des fistules du grêle et du cæcum est facilement réalisable et peu dangereuse, elle n'est pas sans risques pour le malade, lorsqu'elle est exécutée sur le côlon gauche dont les qualités sont

très différentes. La paroi en est relativement grêle et présente peu d'étoffe, surtout si la libération a été difficile et a endommagé la paroi colique. Le péritoine est moins bon. Les franges épiploïques y sont souvent importantes, et infiltrées de graisse. Les matières y stagnent et traumatisent les sutures. Toutes ces raisons font qu'on ne peut pas être certain de la sécurité d'une suture, même parfaitement exécutée, et qu'en conséquence, il ne nous semble pas prudent de replacer le côlon dans la grande cavité. Cette crainte explique pourquoi la plupart des chirurgiens amarrent l'anse au péritoine pariétal ou laissent même l'anse extériorisée. Mais, ce faisant, on fait perdre à la méthode ses avantages principaux.

Un autre fait est à prendre en considération: la fermeture d'un anus n'est, le plus souvent, que le temps terminal d'une opération importante dont l'acte majeur a réussi et il est raisonnable de ne pas mettre en danger la vie d'un malade qui a déjà tiré le plus grand profit de son intervention.

OBSERVATIONS

OPERATIONS DE DERIVATION

OBS. I. — Exclusion unilatérale suivie de fermeture extra-péritonéale

Mlle B., Jacqueline, 17 ans. Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Appendicectomie le 18 novembre 1938.

Le 4^e jour après l'intervention, apparition des matières dans le pansement. Cet écoulement devient vite très important. Il existe une fistule cæcale large par où s'écoule la presque totalité des matières. Lésions pariétales importantes.

Le 17-2-39 : Iléo-transversostomie pour exclusion unilatérale, médiane, sous-ombilicale. Recherche de la dernière anse iléale. Section de l'intestin grêle à 30 mm. environ de la valvule iléo-cæcale. Le bout supérieur est anastomosé au colon transverse (anastomose terminolatérale selon le procédé de CUNÉO). Le bout inférieur est fermé par enroulement selon la méthode de Von Klappe. Fermeture de la brèche mésentérique. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires excellentes. Au deuxième jour, émission de gaz par l'anus normal. Très rapidement, le pansement ne contient plus de matières. Vers le 5^e

jour, la fistule se nettoie et ne donne plus que des sécrétions peu importantes. On attend l'amélioration des lésions pariétales et, un mois après, on peut traiter localement la fistule, qui est fermée par la méthode extra-péritonéale.

Le 17-3-39 : Anesthésie locale. Fermeture extra-péritonéale. Libération de la paroi intestinale. Décollement de la muqueuse. Fermeture de la muqueuse par un surjet au point de Schmieden-Cunéo. Plan séro-musculaire au fil de lin par points séparés. Pas de suture pariétale. Une compresse vaselinée recouvre la suture. Guérison.

OBS. II. — (Exclusion unilatérale suivie de résection)

M. J... Victor, 53 ans. Appendicite aiguë à forme occlusive chez un obèse. 30-4-1938, anesthésie : éther. Appendicectomie difficile. On laisse la paroi ouverte. Mickulicz, 2 mèches.

Le 4^e jour, apparition de matières fécales dans le pansement. Constitution d'une fistule caecale importante avec écoulement très important de matières fécales.

13-6-1938 : Anesthésie : éther. Médiane, sous-ombilicale. Exclusion iléo-caecale unilatérale. Difficultés pour trouver la terminaison du grêle en raison de l'adhérence des dernières anses intestinales. Section du grêle. Fermeture par enroulement du bout inférieur. Anastomose iléo-transverse termino-latérale par le procédé de Cunéo. Fermeture de la brèche mésentérique. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires : émission de gaz le 3^e jour. Selles le 5^e jour. L'écoulement des matières par la fistule diminue considérablement, mais ne disparaît pas. L'obésité du malade et les lésions pariétales ne permettent pas de tenter la fermeture de la fistule.

25-7-1938 : Rachianesthésie. Hémicolectomie droite. Guérison.

OBS. III. — (Entéro-anastomose)

M. M... Quatre plaies du colon droit par balle de mitraillette pénétrée dans l'abdomen (juin 1940), par la région lombaire. Opéré à Melun. Laparotomie médiane sous-ombilicale : suture des 4 plaies coliques. Dans les suites opératoires : apparition d'un phlegmon lombaire et fistule pyostercorale consécutive.

Le 11 novembre 1940, laparotomie médiane sous-ombilicale. Exclusion unilatérale par anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne. Suites opératoires : guérison et fermeture spontanée de la fistule six semaines après l'exclusion.

OBS. IV. — (Exclusion bilatérale suivie de résection du segment exclus)

M. C... Max, 44 ans. Fistule du grêle consécutive à l'ablation d'un diverticule de Meckel faite quelques mois auparavant.

30 juin 1939 : Anesthésie : Schleich. Médiane sus et sous-ombilicale. Fistule siégeant à 40 cm. du cœcum. Section de l'intestin en aval et en amont de la partie fistulisée. Fermeture par enroulement des 2 bouts du segment exclus. Rétablissement de la continuité intestinale par anastomose termino-terminale. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : rétablissement parfait des fonctions intestinales. Sécrétion peu importante par la fistule et de façon intermittente. En raison du danger de rétention, si la fistule se fermait, on conseille au malade l'ablation du segment exclus.

27 février 1940 : Anesthésie, éther. Incision circonscrivant la fistule. Libération de l'anse, difficile du fait d'adhérences multiples. Résection du segment exclus. Hémostase du mésentère. Réfection de la paroi musculo-aponévrotique en 1 plan au catgut. Drain et mèche sortant par la partie inférieure de l'incision. Fermeture partielle de la peau.

Suites opératoires parfaites.

OBS. V. — (Exclusion bilatérale suivie de résection du segment exclus)

M. T... Jean, 27 ans. Fistule du grêle sur une anse extériorisée pour infarctus du mésentère le 22 février 1939.

Le 4 mars 1939 : Rachi-percaïne. Tentative de suture de la brèche intestinale par voie extra-péritonéale. Tissu friable. Les points coupent.

Le 10 mars 1939 : Ether. Incision médiane sous-ombilicale. On reconnaît le bout afférent et le bout efférent de l'anse extériorisée. Ecrasement et section à 15 cm. de la fistule. Fermeture des 2 extrémités du segment exclus par enroulement. Anastomose termino-terminale des deux bouts non exclus. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Le malade ne peut rendre ses gaz et outre cette occlusion post-opératoire, le 15 mars 1939, on pratique une iléostomie à la Witzel, qui amène rapidement une cessation des signes d'occlusion. Une semaine environ après, l'évacuation normale se rétablit et la fistule de l'iléostomie se ferme spontanément.

La première fistule continue à sécréter assez abondamment. Le 8 avril 1939 : Rachi. Ablation du segment exclus. Fermeture de la paroi en 2 plans au catgut. Rétrécissement de la plaie cutanée. Guérison sans incident. Sort le 26 avril 1939.

OBS. VI. — (Exclusion unilatérale pour fistule du grêle suivie de suture de la fistule dans un 2^e temps)

M. F... Fistule très large, avec amaigrissement et digestion de la peau, consécutive à une iléostomie faite pour occlusion post-appendiculaire.

Le 18 mai 1936, incision iliaque gauche. Section du grêle en amont de la fistule et iléo-transversostomie par le procédé de Cunéo-Bloch. Fermeture du bout distal. Après cette intervention, l'état de la peau s'améliore et la fistule ne sécrète presque plus.

Le 17 juillet 1936, essai de fermeture extra-péritonéale, mais on ouvre accidentellement le péritoine et l'anse s'exteriorise. Fermeture en 2 plans. Reposition de l'anse.

Guérison. Eventration réparée secondairement en 1937

FERMETURE EXTRAPERITONEALE DE FISTULES PEU IMPORTANTES
CONSECUTIVES A UNE APPENDICECTOMIE SANS SUTURE PARIETALE

OBS. VII.

Al... J., 27 ans. Appendicectomie le 19 octobre 1935, pour appendicite gangréneuse rétro-cæcale. Mèche. Fistule peu importante.

Le 19 décembre 1935, anesthésie locale. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans après libération et avivement. Pas de suture pariétale. Guérison.

OBS. VIII.

J... René, 19 ans. 27 avril 1936 : Appendicectomie pour appendice perforé et gangréné. Mèches. Apparition d'une fistule.

11 août 1936 : Anesthésie locale. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans après libération et avivement. Pas de suture pariétale. **Guérison.**

OBS. IX.

Ar... Ab., 37 ans. 27 octobre 1937 : Péritonite appendiculaire. Appendice en voie de perforation. Ectomie rétrograde difficile. Mèche. Apparition d'une fistule.

29 janvier 1938 : Ether. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans après libération et avivement. Pas de suture pariétale. Guérison.

OBS. X.

H... Ch., 57 ans. Le 6 janvier 1933 : Péritonite diffuse par triple perforation gangréneuse de l'appendice. Ectomie. Mèches. Drain. Apparition d'une fistule.

28 mars 1933 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans, après libération et avivement. Pas de suture pariétale. Guérison.

OBS. XI.

M... Mar., 62 ans. 21 mars 1933 : Appendicectomie. Fistule consécutive.

5 juillet 1933 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans après libération et avivement. Pas de suture pariétale.

Echec. 28 octobre 1933 : Fermeture extra-péritonéale. Pas de suture pariétale. Guérison.

FERMETURE D'ANUS CÆCAL, SANS SUTURE PARIETALE

OBS. XII.

Ch..., Mar., 54 ans. 27 juin 1938 : Anesthésie locale. Anus cæcal pour syndrome d'occlusion basse. Lorsque les signes d'occlusion furent disparus, les examens cliniques, radiologiques et rectoscopiques ne révélèrent aucune cause de ce syndrome occlusif.

30 juillet 1938 : Ether. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Guérison.

OBS. XIII.

M. Ha..., 70 ans. Anus cæcal pratiqué pour néoplasme du côlon sigmoïde.

Le 29 janvier 1941 : Fermeture extra-péritonéale. Pas de suture pariétale. Guérison.

OBS. XIV.

M^{me} Le... E., 50 ans. 7 février 1934 : anus cæcal pour néo-rectal compliqué d'occlusion.

26 février 1934 : amputation abdomino-périnéale du rectum avec abaissement sans conservation sphinctérienne.

16 avril 1934 : fermeture extra-péritonéale de l'anús cæcal. Pas de suture de la paroi musculaire. Pas de suture cutanée. Guérison.

FERMETURES EXTRAPERITONEALES AVEC SUTURE PARIETALE

OBS. XV.

M. Du... P., 50 ans. 17 janvier 1939 : Résection de l'angle colique gauche pour néoplasme. Suture primitive extériorisée. La paroi est laissée ouverte. Désunion partielle.

Le 10 mars 1939 : fermeture extra-péritonéale. Suture du plan musculo-aponévrotique. Pas de suture cutanée. Cicatrisation.

OBS. XVI.

M. Gr... L., 40 ans. 25 mars 1931 : Volvulus côlon pelvien. Médiante sous-ombilicale.

Ether. Détorsion de l'anse qui est extériorisée. Section du méso. Accolement des 2 bouts coliques. Section de l'anse. Un tube de Paul dans chaque bout.

11 août 1931 : Entérotomie par application d'entérotome. Anesthésie locale : Novo. Bon résultat : éperon supprimé.

11 septembre 1931 : Avivement des bords de l'anus. Locale. Fermeture extra-péritonéale par une soie passée en bourse autour de l'orifice. 2 points de recouvrement à la soie.

OBS. XVII.

M^{me} Fl..., 43 ans. 5 juillet 1938 : Résection du côlon gauche pour néoplasme siégeant à l'union du côlon descendant et du sigmoïde. Suture primitive extériorisée. Désunion partielle de la suture dans la demi-circonférence antérieure.

Le 27 septembre 1938 : fermeture extra-péritonéale. Rapprochement des plans musculo-aponévrotiques. On laisse la peau ouverte. Petit abcès et désunion de la suture intestinale.

Le 3 novembre 1938 : fermeture extra-péritonéale. Suture des plans musculaires et aponévrotiques. Pas de suture cutanée. Cicatrisation.

OBS. XVIII.

M^{me} Re..., Mar., 53 ans. Malade ayant subi une résection du côlon gauche pour néoplasme. Il subsiste un anus iliaque gauche dont les 2 orifices sont éloignés l'un de l'autre.

2 décembre 1935 : Libération extra-péritonéale des 2 extrémités. Le bout supérieur est très large. On le rétrécit par quelques points. Suture termino-terminale en 2 plans. Suture pariétale. Il s'est reproduit une désunion de la suture antérieure.

20 mars 1936 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

20 octobre 1936 : Réparation de l'éventration.

OBS. XIX.

M. Me... J., 65 ans. 17 septembre 1935 : Résection du côlon sigmoïde pour néoplasme. Accolement des 2 bouts en canon de fusil. Tube devant dans le bout supérieur. Fermeture partielle et mèches.

Début novembre 1935 : Application de l'entérotome.

Le 22 novembre : Rachi. Fermeture de l'anus par voie extra-péritonéale. Suture pariétale. Echec.

Le 30 janvier 1936 : Fermeture extra-péritonéale. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

FERMETURES EXTRAPERITONEALES SANS SUTURE PARIETALE

Anus consécutifs à une exérèse colique

OBS. XX.

De... Ga., 37 ans. Le 6 avril 1938 : Ether. Dolichosigmoïde. Extériorisation. Accolement des 2 segments intestinaux.

Le 9 avril 1938 : Résection de l'anse extériorisée.

Le 1^{er} mai 1938 : Application de l'entérotome.

Le 30 mai 1938 : Ether. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Echec dû la suppression insuffisante de l'éperon.

Le 1^{er} octobre 1938 : Nouvelle application d'entérotome.

Le 28 octobre 1938 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

OBS. XXI.

M^{me} K... Malade présentant une grossesse de 7 mois et demi. Depuis 10 jours, apparition d'une phlébite.

Le 11 novembre 1931 : Occlusion aiguë. Laparotomie médiane : volvulus du côlon pelvien. Détorsion simple. Fermeture. Guérison retardée par une seconde phlébite.

Le 12 avril 1932 : Résection extra-péritonéale du méga-dolichocôlon pelvien.

Le 23 avril 1932 : Application de l'entérotome de Dupuytren.

Le 23 mai 1932 : Nouvelle application de l'entérotome.

Le 13 juin 1932 : Fermeture extra-péritonéale de l'anus résiduel. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

OBS. XXII.

M^{lle} Mo... An., 18 ans. 13 mai 1931 : Diagnostic cholécystite. Incision de Rio-Branco. On trouve un énorme côlon pelvien volvulé. Fermeture de l'incision. Incision médiane sous-ombilicale : extériorisation du côlon pelvien. Affrontement des faces sur 4 cm. et fixation des 2 segments intestinaux au péritoine pariétal. Résection du côlon extériorisé.

10 juillet 1931 : Application de l'entérotome.

5 août 1931 : Fermeture extra-péritonéale en 2 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

Sort le 5 septembre 1931.

OBS. XXIII.

M^{lle} N..., 37 ans. Le 29 mai 1933 : Résection d'un méga-dolichocôlon pelvien, après extériorisation.

Le 15 juin 1933 : Application de l'entérotome.

Le 5 juillet 1933 : Fermeture extra-péritonéale. Pas de suture pariétale. Il se forme dans les jours suivants une petite fistule avec issue de gaz pendant quelques jours. Cette fistule se ferme spontanément.

Le 7 avril 1934 : réparation de l'éventration.

OBS. XXIV.

M^{me} V... H., 45 ans. Le 11 juillet 1935 : Néo du côlon gauche. Rachi. Incision oblique de la fosse iliaque gauche. Ligature de l'épigastrique. Extériorisation difficile d'un néo en ficelle bas situé du côlon pelvien. Résection du côlon et de son méso, contenant des ganglions. Abouchement des 2 bouts à la peau. Tube de Paul dans le bout supérieur.

Le 20 octobre 1935 : Application de l'entérotome.

Le 21 novembre 1935 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation *per primam*.

OBS. XXV.

Po... D., 42 ans. 16 mars 1935 : Rachi. Volvulus du côlon pelvien. Médiane sous-ombilicale. Détorsion. Extériorisation. Section du méso. Accolement des 2 bouts coliques. Section de l'anse.

Septembre 1935 : Application de l'entérotome.

9 octobre 1935 : Ether. Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Aucune suture pariétale. Cicatrisation *per primam*.

OBS. XXVI.

R... Per., 66 ans. Le 6 juillet 1937 : Rachi. Extériorisation du côlon sigmoïde en vue d'une résection secondaire pour néoplasme.

Le 12 juillet 1937 : Résection extra-péritonéale du côlon extériorisé. Chlorure d'éthyl. Suture des demi-circonférences postérieures des 2 bouts coliques.

Le 30 novembre 1937 : Fermeture extra-péritonéale en 2 plans après avivement. Pas de suture pariétale. Cicatrisation *per primam*. Est sorti le 16 décembre 1937.

OBS. XXVII.

M. L..., 60 ans. Occlusion aiguë par néoplasme de l'angle colique gauche.

Le 10 septembre 1937 : Cæcostomie. Suites opératoires compliquées par une phlébite.

Le 4 novembre 1937 : Résection extra-péritonéale d'un néoplasme de l'angle colique gauche. Grosse inégalité des deux bouts. Affrontement en canon de fusil.

Le 20 novembre 1937 : Application de l'entéroto-me. Destruction insuffisante de l'éperon.

Le 5 décembre 1937 : Nouvelle application d'entéro-tome.

Le 17 janvier 1938 : Fermeture extra-péritonéale de l'anus. Pas de suture pariétale. Cicatrisation. La cæcostomie se ferme spontanément.

OBS. XXVIII.

M^{me} Ep... N., 55 ans. 5 juillet 1938 : Néo colique gauche.

Rachi. Incision latérale iliaque gauche. Extériorisation du côlon et du méso après ligature du tronc des sigmoïdes. Accolement en canon de fusil. 2 rangées de fil de lin assurent la constitution d'un éperon large et haut. Résection secondaire au 3^e jour et suture des deux bouts intestinaux à la peau.

20 septembre 1938 : Application de l'entéroto-me.

18 octobre 1938 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation *per primam*. Sort le 9 novembre 1938.

OBS. XXIX.

M^{me} Es..., 49 ans. — Le 18 mars 1938 : Résection d'un dolichosigmoïde. Suture primitive extériorisée.

Suites opératoires : Comme il arrive souvent vers le 4^e ou 5^e jour, désunion partielle de la suture dans la demi-circonférence antérieure.

Le 27 mai 1938 : Fermeture extra-péritonéale de l'anūs latéral iliaque gauche en 2 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation *per primam*.

OBS. XXX.

M^{me} Ca..., 65 ans. Octobre 1940 : Résection du cōlon gauche suivie d'anastomose partielle (demi-circonférence postérieure).

27 janvier 1941 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

FERMETURES EXTRAPERITONEALES SANS SUTURE PARIETALE
D'ANUS DE DERIVATION TEMPORAIRE

OBS. XXXI.

M^{me} V..., 33 ans. Le 11 avril 1938 : Sous couvert d'un anus iliaque gauche de dérivation, résection abdomino-périnéale du rectum pour néoplasme avec conservation du sphincter.

Le 5 décembre 1938 : Fermeture extra-péritonéale de l'anūs iliaque. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

OBS. XXXII.

M. Da... L., 25 ans. Néo du rectum.

Le 2 mai 1938 : Extériorisation sur baguette de la partie gauche du transverse.

Le 19 mai 1938 : Amputation abdomino-périnéale sans conservation du sphincter. Abaissement du cōlon dans la plaie périnéale.

Le 3 novembre 1938 : Libération de la cicatrice périnéale du bout abaissé qui s'est complètement exclus. Suture colo-cutanée.

Le 21 décembre 1938 : Ether. L'éperon est sectionné petit à petit sous le contrôle de la vue. Les deux lèvres de section sont suturées au fur et à mesure par des points séparés.

Le 10 janvier 1939 : Fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation.

OBS. XXXIII.

M. Ch... N., 42 ans. Polypose rectale dégénérée.

Le 10 janvier 1939 : Ether. Extériorisation de la partie gauche du transverse sur drain.

Le 15 février 1939 : Rachi. Résection du rectum par voie abdomino-sacrée. Abaissement et conservation sphinctérienne.

Le 4 avril 1939 : Ether. L'éperon étant très peu accentué, on pratique d'emblée la fermeture extra-péritonéale en 3 plans. Pas de suture pariétale. Cicatrisation. Sort le 6 mai 1939.

OBS. XXXIV.

M^{me} Ger... M., 51 ans. Le 30 décembre 1940 : Malade ayant subi une opération de Hartmann pour néo recto-sigmoïdien, sous le couvert d'un anus de dérivation sous-costal gauche.

Le 9 avril 1941 : Fermeture de l'anus sous-costal gauche par voie extra-péritonéale. L'éperon peu accentué n'avait pas nécessité la kentrotomie.

FERMETURES PAR VOIE INTRAPERITONEALE

OBS. XXXV.

M^{lle} Gu... G., 19 ans. Fistule appendiculaire datant de l'enfance.

Le 16 juillet 1931 : Fermeture par voie intra-péritonéale. Isolement de l'orifice fistuleux et fermeture temporaire. Laparotomie latérale. Libération du cæcum. Suture en 3 plans de l'orifice cœcal qui est assez large. Drain. Fermeture de la paroi. Cicatrisation.

OBS. XXXVI.

M^{me} Ma... M., 24 ans. Rétrécissement du rectum.

10 juin 1931 : Extériorisation du côlon gauche sur baguette.

7 novembre 1931 : Résection du rectum avec conservation sphinctérienne par le procédé de Cunéo (voie périnéale).

23 janvier 1932 : Fermeture de l'anus iliaque gauche par voie intrapéritonéale. Libération de l'anse. Avivement des bords. Fermeture en 2 plans selon la technique de Robineau. Fixation de l'anse à la paroi qui est laissée largement ouverte. Cicatrisation.

OBS. XXXVII.

M^{me} Pl... Ad., 53 ans. Anus iliaque gauche consécutif à l'ablation d'un néo-colique.

Le 26 juin 1931 : Fermeture par voie intrapéritonéale en 3 plans au fil de lin. On adosse la suture à la paroi, qui est fermée au catgut sur un drain. Décédée le 4 juillet 1931.

OBS. XXXVIII.

M^{me} Hu..., 53 ans. Le 25 septembre 1935 : Rachi. Résection d'un néo du côlon sigmoïde, avec l'anse grêle adhérente. Suture termino-terminale du grêle. Mise à la peau des 2 bouts coliques.

Le 30 janvier 1936 : Ether. Fistule du grêle dans un anus colique gauche médian. Laparotomie para-rectale droite. Libération très pénible de l'anse grêle et du bout supérieur du côlon. Résection de 3 cm. de grêle. Entérorraphie circulaire immédiate en 2 plans. Fermeture sans drainage après avoir repassé dans la plaie médiane au voisinage du bout inférieur le bout colique libéré qui est amarré à la peau par quelques catguts.

Le 4 avril 1936 : Ether. Fermeture par voie intrapéritonéale. Libération des 2 extrémités coliques. Anastomose termino-terminale en 2 plans au fil de lin par points séparés. Fermeture du méso. Extra-péritonisation de la suture. Paroi aux fils de lin en 1 plan, sans drainage. Guérison.

OBS. XXXIX

Mme Fe... J., 55 ans. Le 8 janvier 1938 : Locale. Anus cæcal. Extériorisation du cæcum qui est fixé à la peau. Drain de Paul.

Le 11 mars 1938 : Ether. Colectomie de l'angle gauche pour néoplasme. Anastomose termino-terminale immédiate en laissant la suture extériorisée. Fistule consécutive à une désunion partielle.

Le 24 avril 1938 : Locale. Fermeture extrapéritonéale de cette fistule.

Le 13 juin 1938 : Ether. Fermeture intrapéritonéale de l'anus cæcal. Suture de la paroi musculaire au cat-

gut. Cicatrisation. Réouverture de la fistule colique sous-costale gauche.

Le 6 juillet 1938 : Ether. Fermeture extrapéritonéale de cette fistule. Suture pariétale. Echec.

Le 8 août 1938 : Voie intrapéritonéale : Magma très serré obligeant à réséquer la totalité de l'anūs avec son éperon (cause d'échec). On se trouve dès lors en présence de 2 extrémités intestinales de calibre fort différent. On doit pratiquer une anastomose termino-latérale (fermeture en 3 plans du bout proximal et implantation du bout inférieur). Réintégration de l'anastomose dans l'abdomen. Paroi en 1 plan au catgut. Pas de suture cutanée. Guérison. Rétablissement du cours normal des matières. Décédée de métastases le 28 juin 1939.

Obs. XL.

M. Na... N., 49 ans. Volvulus du cōlon pelvien.

Le 11 août 1940 : Anesthésie : Schleich. Incision médiane sous-ombilicale. Extériorisation après détorsion du cōlon sigmoïde. Adossement en canon de fusil après ligature des artères sigmoïdiennes. Fixation de l'anse au péritoine pariétal et à l'aponévrose. Fermeture de la paroi aux crins.

Le 13 août 1940 : Anesthésie : éther. Résection au thermo de l'anse extériorisée. Hémostase.

Le 2 septembre 1940 : Ether. Fermeture intra-péritonéale de l'anūs. Libération des deux bouts coliques. L'éperon peu marqué s'affaisse. Avivement des 2 bouts coliques. Suture en 3 plans dans le sens transversal au fil de lin. Isolement de l'anastomose sur des compresses. Fermeture du tiers supérieur de l'incision par des crins en 8. Guérison.

OBS. XLI.

M. C... L., 62 ans. 19 septembre 1931 : Laparotomie exploratrice. Sigmoidite avec diverticules nombreux. Fermeture aux crins. Anus iliaque gauche au-dessus de la lésion.

11 septembre 1940 : Fermeture par voie intrapéritonéale. Libération. L'éperon peu accentué s'efface. Suture en 2 plans. Réintégration de l'anse dans l'abdomen. Suture des plans musculo-aponévrotiques. On laisse la peau ouverte. Guérison.

OBS. XLII. — (Cure d'une fistule du grêle par résection intestinale)

M. No... J. Péritonite appendiculaire au 4^e jour. Appendicectomie. Occlusion post-opératoire.

Le 17 octobre 1937, iléostomie. Amélioration et le 23 évacuation normale.

A partir du 30, les selles reprennent normalement. La fistule à partir de ce moment donne très peu et on espère sa fermeture spontanée qui ne survient pas.

Le 23 décembre 1937 : Cure de la fistule. L'anse, après libération, est en trop mauvais état pour être réparée par entérorraphie latérale. On pratique une résection de 10 cm. suivie de réparation par suture termino-terminale. Guérison.

CONCLUSIONS

I. - Il faut donc séparer complètement le traitement des fistules complexes et atypiques de celui des fistules intestinales ou anus contre nature établis temporairement.

Les premières sont justiciables des opérations de dérivation, d'exclusion ou de résection.

Les seconds peuvent être traités par la suture simple.

II. - Parmi les deux méthodes que l'on peut utiliser en vue de réaliser cette fermeture, la voie intrapéritonéale, qui présente le maximum de risques, offre le maximum de succès immédiats. La voie extra-péritonéale, en revanche, qui est d'une bénignité absolue, expose parfois à des échecs.

III. - Le nombre d'échecs de la méthode extra-péritonéale peut être réduit considérablement si l'éperon a été correctement supprimé, si la suture est très soigneusement exécutée et surtout si, en ne suturant pas la peau, on évite la formation d'un abcès qui, pour nous, est une des causes principales d'échec, par ouverture simultanée de l'intestin et au au dehors.

Enfin, on peut toujours recourir, après plusieurs échecs, à la voie intra-péritonéale.

IV. - Nous donnons donc la préférence, dans la plupart des fistules ou anus contre nature établis temporairement, à la bénigne méthode extra-péritonéale sous le couvert de cette modification technique, et ce d'autant plus que la suppression de l'anus intervient le plus souvent à la suite d'opérations importantes et qu'il apparaît peu prudent et peu logique de recourir, au moment où le malade est opératoirement guéri, à une intervention présentant encore un pronostic relativement sérieux.

V. - Il y a donc lieu de considérer la suture extra-péritonéale, non comme une opération négligeable, mais comme une intervention qui doit être exécutée avec une technique très correcte, sans négliger les

soins pré- et post-opératoires. Elle donne ainsi un grand nombre de succès sans faire courir le moindre risque au malade, avantage qui ne doit pas être mésestimé par le chirurgien.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

CH. LENOIR-MANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Doyen de la Faculté des Sciences,
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,*

MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER. — La réparation des fistules intestinales. (*Ann. of Surg.*, mai, 1932, vol. XCV, n° 5, pp. 687-699.)
- BAUMGARTNER. — Chirurgie réparatrice et orthopédique, t. 1, p. 638.
- BOSSELUT. — Pathogénie, évolution et traitement des anus contre nature consécutifs à l'appendicite. (*Thèse Paris*, 1906.)
- BLOCH (J.-C.). — Une technique d'anastomose intestinale termino-latérale. (*Journal de Chirurgie*, t. XXI, pp. 294, 1922.)
- BOLLE (André). — Sur un point de technique de la cure radicale de l'anus contre nature non adhérent et non compliqué. (Méthode Quénu-Forgue.) (*Thèse Montpellier*, 1922.)
- BEST (R.). — Colostomie. Indications. Technique et points d'intérêt pratique concernant sa cure. (*Nebraska*, octobre 1933.)
- BEST (R.-N.) et HICKEN (N.-F.). — Plastie pour la réparation des colostomies rétractées et sténosées. (*Amer. Journal of Surg.*, nov., 1935.)
- CADENAT. — Fermeture des A. C. N. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1928.)
- CUNEO. — Procédé pour rendre contin. les anus artificiels. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1921, p. 1194. et *Presse Médicale*, 1922, p. 333.)
- CAESAR (F.). — A propos de la fermeture des anus abdominaux. (*Zent. f. Chir.*, 22 déc. 1934.)

- CAVE (H.-W.). — Procédé de fermeture des anus temporaires. (*Surg. Gynec. and Obst.*, octobre 1935.)
- JEBALLOS (A.) et TAUBENSCHLAG (H.). — Technique de fermeture d'anús artificiel et de fistule stercorale par la méthode intra-péritonéale. (*Semana medica*, 11 août 1932.)
- DAUJAT (Louis). — Contribution à l'étude des anus contre nature. (*Thèse Lyon*, 1920-21.)
- DEVAUX (Albert). — Contribution à l'étude de la conduite du traitement chirurgical des fistules pyostercorales. (*Thèse Lyon*, 1920-21.)
- DELORE et PATEL. — De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. (*Rev. Chir.*, mars, 1901, t. XXIII, p. 305.)
- De l'indication et technique de l'entérectomie dans le traitement des fistules intestinales. (*Rev. Chir.*, t. XXIII, p. 793.)
- DELORE (X.), MALLET (Guy) et VACHET (A.). — Du traitement direct intrapéritonéal dans la cure des anus contre nature et des fistules pyostercorales. (*Rev. Chir.*, 1926, t. 64, pp. 259-272.)
- DELORE et GABRIELLE. — Fermeture intrapéritonéale d'un anus de grande dimension. (*Lyon Chir.*, mars-avril 1935.)
- DUVAL (P.). — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Indications. Technique opératoire. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- La fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux. Avantages de la fermeture intrapéritonéale d'après une statistique de 38 cas. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1928, t. LIV, p. 1336.)
- Discussion de 1934. (*Soc. nat. chir.*, p. 1251.)
- Fermeture intrapéritonéale. Etude statistique. (*Bull. et mém. Soc. Chir.*, 19 avril 1939.)
- DUVAL et WELTI. — Fermeture intrapéritonéale des fistules et anus coliques. (*Archives franco-belges de Chirurgie*, 1929.)

- DIEULAFAE. — Gravité des anus sur la terminaison du grêle. Moyens d'y remédier. (*Toulouse Médical*, 1^{er} nov. 1935.)
- DOR (J.). — Fermeture d'anus iliaque gauche. (*J. de Médecine*, Paris, 15 septembre 1938.)
- FRANCOZ. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales par l'entérorraphie latérale. (*Thèse Paris*, 1908, n° 226.)
- FECKER (K.). — Le traitement des fistules intestinales au moyen de tampons huilés. (*Med. Klin.*, 2 juin 1925, t. XXI, n° 24, p. 890.)
- FERY. — Fermeture intrapéritonéale précoce d'anus du grêle. (*Bul. et Mém. Soc. Chir.*, 24 nov. 1934, 19 janv. 1935.)
- FINOCHIETTO (R.). — Appendicite. Fistules post-opératoires et leur traitement chirurgical. (*El Diaz Medico*, 25 nov. 1935, pp. 1.493-1.498.)
- GOETZ. — Etude sur les divers modes de traitement de l'anus contre nature. (*Thèse de Genève*, 1890.)
- GIBSON (Ch.-L.) et SHERILL (W.-P.). — Prophylaxie de la fistule stercorale à la suite des interventions pour appendicite aiguë. (*Amer. Journ. of Surg.*, janv. 1926, t. XL, n° 1.)
- HARTMANN. — L'exclusion de l'intestin. (*Congrès de Chirurgie*, 1903, p. 19.)
- HARTZELL (J.-B.). — Le traitement des fistules de l'intestin grêle. (*Surg. Gyn. a. Obst.*, janv. 1938, vol. LXVI, p. 108.)
- HEYDENREICH. — L'exclusion. (*Semaine Médicale*, 1897.)
- HUARD (P.), RENUCCI et HIEP. — Remarques sur la perforation du gros intestin. (*Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, juin 1936, t. XIII, n° 5, p. 581.)
- HAIM (E.). — Fermeture chirurgicale des anus artificiels. (*Zentralbl. für chir.*, 24 août 1935.)
- IOVINO. — Sur le traitement chirurgical des anus contre nature. (*Il Policlinico*, 29 août 1932, an 39, n° 35, p. 1.356.)

- JACOBŌVICI et GRIGORESCU. — Traitement des fistules stercorales et anus contre nature. (*Rev. Chir. Bucaresti*, juillet-août 1935.)
- JOURDAN. — Le traitement chirurgical des ~~anus~~ contre nature. (*Thèse Montpellier*, 1910.)
- KAUNMERER. — Exclusion pour fistule stercorale après appendicite. Guérison. (*New-York médical Record*, 1897, vol. 1, p. 253.)
- LA PEYRONIE. — Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, t. 1, p. 1.743.
- LARDENNOIS. — De l'anastomose entéro-rectale. (*Revue de gynécologie et de chir. abd.*, 1899.)
- (*Thèse de Paris*, 1899.)
- LANCE (P.-M.). — Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- LIOTARD. — Dissertation sur le traitement des anus contre nature. (*Thèse de Paris*, 1819.)
- LISSIANSKY. — Exclusion de l'intestin pour anus contre nature. (*Khirurgia* 1903, XIV.)
- LENORMANT. — Sur un nouveau procédé extrapéritonéal de fermeture de l'anوس artificiel sans éperon et des fistules labiées de l'intestin. (Rap. de Demoulin). (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1912, p. 1.167, t. XXXVIII.)
- Cancer recto-sigmoïdien enlevé par voie abdomino-périnéale; occlusion intestinale mortelle par étranglement au niveau de l'anوس iliaque. (*Bull. de la Soc. Chir.*, janvier 1920.)
- Fistule stercorale appendiculaire de la région crurale. (*Bull. Soc. Chir.*, mai 1920.)
- Fistule stercorale de la région crurale consécutive à une appendicite herniaire méconnue. (*Bull. Soc. Chir.*, juin 1920.)
- Fistule stercorale consécutive à une appendicectomie. Opération extrapéritonéale. Guérison. (*Bull. Soc. Chir.*, mai 1923.)

- Sur le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. (*Progrès Médical*, août 1924, XXXIX, 626-630.)
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, 1926.
- LE COZ (Hervé). — Des anus contre nature consécutifs aux traumatismes de guerre. (*Thèse Bordeaux*, 1919.)
- LAPOINTE. — Sur la fermeture des A. C. N. et des fistules stercorales par la méthode directe intrapéritonéale. (*Avenir Médical*, 1930.)
- LEVY-DREYFUS (R.). — Les fistules intestinales après intervention sur le rein et son atmosphère. (*Journal d'Urologie*, juillet 1937, t. XLIV, n° 1, p. 5.)
- MAISONNEUVE. — Travail sur l'étranglement intestinal. (*Arch. Gén. de Médecine*, 1845.)
- MURARD (J.). — Fermeture intrapéritonéale de l'anüs contre nature du gros intestin. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 25 octobre 1930.)
- MONTEIRO (M.). — Méthode extrapéritonéale pour la fermeture des anus artificiels. (*Revue sud-américaine de Méd. et Chir.*, juillet 1931.)
- MALLET (Guy) et MARTIN (Etienne). — Les grands prolapsus des anus iliaques gauches et leurs complications d'étranglement. (*Journ. de Chirurgie*, oct. 1929, t. XXXIV, n° 4.)
- MAURO. — Sur une complication rare d'anüs contre nature; un cas de rupture traumatique d'une anse grêle dilatée et prolapsée dans un anus contre nature; ample résection; iléo-cæcotomie; guérison. (*H. Policlinico*, 1937.)
- NEUHOFER. — Complication de l'anüs contre nature. (*Bruns Beitr. f. Klin. Chir.*, 1924, t. CXXX.)
- NEUMAN (F.). — Fermeture d'anüs cæcal. (*Bull. Acad. Royale de Médecine de Belgique*, 1934.)
- NOBUOKA (N.). — Technique de fermeture des anus superficiels. (*Arch. f. Jap. Chir.*, 1^{er} juillet 1935.)

- OKINCZY. — Iléo-colo-rectoplastie. (*Bull. Soc. Chir.*, 1935, t. LXI.)
- PAUCHET et LE GAC (P.). — Fermeture d'anus transverse gauche. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 16 février 1934.)
- PAUCHET (V.). — Fermeture des colostomies. (*Clinique*, Paris, 1931.)
- PRIANICHIKOFF. — Traitement des A. C. N. par exclusion de l'intestin. (*Khirurgia*, 1903.)
- POLLOSSON. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales. (*Thèse Agrégation*, Paris, 1883.)
- POLLOSSON et COMTE. — Cure chirurgicale des anus contre nature. (*Lyon Chirurgical*, t. XXII.)
- POTTER (C.). — Traitement des fistules duodénales, intestinales hautes et pancréatiques. (*Journ. Missouri State Med. Assoc.*, août 1932, vol. XXIX, n° 8.)
- QUENU (J.). — L'iléo-coloplastie. (*Journal de Chir.*, juillet 1933, t. XLII, n° 1.)
- RICHMOND. — A case of intestinal anastomosis for fœcal fistule. (*New-York Médical Journal*, p. 674, 1890.)
- RECLUS et CHAPUT. — De l'entéro-anastomose. (*Arch. Gén. Méd.*, tome II, 1891.)
- REYBARD. — Mémoire sur la cure de l'A. C. N. par l'incision des parois adossées des bouts de l'intestin. (*Gaz. Méd. de Paris*, 1838.)
- ROUX (de Lausanne). — Les anastomoses intestinales et gastro-intestinales. (*Revue de Gynéc. de Pozzi*, 1900.)
- RANKIN (F.-W.), GRAHAM (A.-S.). — Fermeture de colostomie. (*Surg. Gynec. Obst.*, janvier 1937.)
- SCHWARTZ. — A. C. N. après hernie crurale. Exclusion. Guérison. (*Presse Médicale*, juin 1899.)
- SIKORA. — De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales. (*Thèse Paris*, 1902.)

- SAINTIVE. — Traitement des fistules stercorales consécutives aux hernies crurales étranglées. (*Thèse Paris*, 1904.)
- SAVELLI (Paul). — Contribution à l'étude des fistules stercorales et des anus contre nature. (*Thèse Montpellier*, 1922.)
- SANDBRAND (J.). — La fermeture intrapéritonéale des fistules et anus contre nature. (*Thèse Paris*, 1932.)
- SACUTO (C.). — Sur la fermeture des fistules et anus contre nature par la méthode directe intrapéritonéale. (*Thèse Paris*, 1930.)
- SAVESCU (V.) et STEOPOE (V.). — Fistules lombo-coliques après phlegmon périnéphrétique. (*Rev. Chir.*, mai-août 1936.)
- SCHWARTZ et HARTGLAS. — *Journal Chir.*, avril 1924, t. XXIII.
- SÉNÈQUE. — Le traitement des fistules intestinales haut situées au moyen de prothèse caoutchoutée temporaire. (*Presse Méd.*, 26 déc. 1925.)
- TERRIER et GOSSET (A.). — De l'exclusion de l'intestin. (*Revue de Chir.*, août-nov. 1900.)
- TILLMANN (G.). — Fermeture de l'anus artificiel. (*Zentralbl. f. Chir.*, avril 1929.)
- TSCHMARKE (G.). — Remarques sur les indications et la technique de la fermeture opératoire des fistules de l'intestin grêle. (*Arch. f. Klin. Chir.*, avril 1932, t. CLXIX.)
- TIXIER. — Fermeture d'anus cæcal pratiqué pour volvulus du côlon pelvien. (*Lyon Chir.*, janv.-février 1933.)
- VALLAS. — Cure radicale d'un A. C. N. par l'entérectomie. (*Soc. des Scienc. Méd., Lyon*, 8 mars 1899.)
- YOVANOVITCH. — L'iléostomie dans les occlusions post-opératoires. (*Thèse Paris*, 1937.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
HISTORIQUE	21
ETIOLOGIE	27
Fistules et anus pathologiques	27
Anus chirurgicaux	30
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	33
Fistules tubulées	33
Fistules labiées	34
INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA FERMETURE DES ANUS CONTRE NATURE	37
TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES	41
Les interventions de dérivation	44
TRAITEMENT DES CAS SIMPLES	49
Suppression de l'éperon	50
Méthode extra-péritonéale	53
Méthode intra-péritonéale	58
Avantages et inconvénients de la méthode intra- péritonéale	62
Avantages et inconvénients des procédés extra-péri- tonéaux	64
OBSERVATIONS	69
CONCLUSIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	91

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
